This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
N34 J94m 1907
Seltene und weniger bekannte Tripperform
24503324513

SELTENE UND WENIGER BEKANNTE

TRIPPERFORMEN.

VON

DR. LOUIS JULLIEN
AGGREGIERTER PROFESSOR UND CHIRURG AN SAINT-LAZARE.

VORLESUNGEN IN SAINT-LAZARE VOM JAHRE 1905.

GESAMMELT VON DR. BELGODÈRE,
ASSISTENTEN DES HOSPITALS.

AUTORISIERTE ÜBERSETZUNG VON

DR. GEORG MERZBACH-BERLIN
ARZT FÜR HAUT- UND HARNLEIDEN.

WIEN UND LEIPZIG.
ALFRED HÖLDER,
K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER.
1907.

N34
J94m

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

SELTENE UND WENIGER BEKANNTE

TRIPPERFORMEN.

VON

DR. LOUIS JULLIEN
AGGREGIERTER PROFESSOR UND CHIRURG AN SAINT-LAZARE.

VORLESUNGEN IN SAINT-LAZARE VOM JAHRE 1905.

GESAMMELT VON DR. BELGODÈRE,
ASSISTENTEN DES HOSPITALS.

AUTORISIERTE ÜBERSETZUNG VON

DR. GEORG MERZBACH-BERLIN
ARZT FÜR HAUT- UND HARNLEIDEN.

LANE LIBRARY

WIEN UND LEIPZIG.
ALFRED HÖLDER,
K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER.
1907.

LANE LIBRARY

Wilhelm Fischers Buchdruckerei, Wien IX.

N34
J94m
1907

Inhaltsübersicht.

Erstes Kapitel: Seite

Der moderne Standpunkt in der Tripperfrage 1

Zweites Kapitel:

Abweichende Tripperformen.
Präurethrale, ano-rektale, buccale und nasale Gonorrhöeformen 12

Drittes Kapitel:

Tripper bei Kindern.
Bei kleinen Knaben, bei kleinen Mädchen 28

Viertes Kapitel:

Tripperähnliche Erkrankungen 47

Fünftes Kapitel:

Gonorrhoische Ulzerationen 60

Sechstes Kapitel:

Tödlich verlaufende Trippererkrankungen.
Ausbreitung des Krankheitsprozesses, Infektion, Schädigungen des Herzens und des Rückenmarks 72

96303

Erstes Kapitel.

Der moderne Standpunkt in der Tripperfrage.

Seit langer Zeit schon war es den Klinikern bekannt, daß neben dem Harnröhrenausfluß, der gewöhnlichsten Erscheinungsform des Harnröhrentrippers, auch Allgemeinerscheinungen auftreten können, wie z. B. von seiten der Gelenke.

Als ich, vor dreißig Jahren etwa, zur Zeit, da die erste Ausgabe meines Buches „Traité des maladies vénériennes“ erschien, die Geschichte der Gonorrhöe niederschrieb, da stand diese Frage in der Société médicale des hôpitaux im Mittelpunkte einer berühmt gewordenen Diskussion.

Dort hatte man festgestellt, daß die Gelenkerkrankungen nicht so einfach eine Nebenerkrankung darstellten, daß es vielmehr zahlreiche Beziehungen gäbe von Ursache und Wirkung zwischen den Gelenkerkrankungen und dem Harnröhrenausfluß.

Die Pathogenese dieses sogenannten Tripperrheumatismus jedoch blieb weiter in Dunkel gehüllt und so oft man sich an eine theoretische Erklärung desselben heranwagte, gab es den schönsten Wirrwarr.

In dieser Periode hatte ich, aufmerksam geworden auf die Verschiedenheit der Wirkungen der Gonorrhöe, eines örtlichen Katarrhs, der an irgendeiner anderen Körperstelle einen schmerzhaften Widerhall findet, die Absicht geäußert, in zwei getrennten Kapiteln die Gonorrhöe und ihre Nebenerscheinungen zu behandeln. Auf Anraten meiner Lehrer und meiner Freunde aber zerriß ich dann diesen Teil meiner Arbeit und begnügte mich damit, die vage Theorie von Panas, die damals Geltung hatte, mir zu eigen zu machen, des Inhalts, daß solche Allgemeinerkrankungen ihre Ursache hätten in einem rückwirkenden Einfluß, der vom erkrankten Blasenhalse seinen Ausgang nähme und auf die Nierensekretion einwirke.

Seitdem hat mir dieser Entschluß mehr als einmal leidgetan, besonders als ich sehen mußte, wie die weiteren Entdeckungen die Tatsachen bestätigten, die damals eine bloße Hypothese von mir gewesen waren.

Nun, in der Tat, heute liegt alles klar vor unseren Augen, dank der durch die Bakteriologie hervorgerufenen Umwälzung, durch die Arbeiten Pasteurs und insbesondere Neissers, wodurch es uns ermöglicht wurde, diese Pathogenese aufzuklären, die noch kurz vorher in tiefes Dunkel gehüllt war.

Die bakteriologischen Untersuchungen lieferten uns in der Tat die Feststellung dreier sehr wichtiger experimenteller Tatsachen:

Nämlich, daß die Gonorrhöe ihre Ursache in einem spezifischen Mikroorganismus habe, dem Gonococcus, der in die Blutbahn eindringen kann.

Weiter, daß dieser Mikroorganismus ein Toxin bildet, das, wie er selbst, geeignet ist, in die Blutzirkulation aufgenommen zu werden, und schließlich, daß cytologische Modifikationen des Blutes in gleicher Weise mit der Gonorrhöe Hand in Hand gehen.

Diese drei experimentellen Tatsachen sind der Ausgangspunkt für alle weiteren Deduktionen, welche auf die heutige Theorie von der Gonorrhöe hinauslaufen. Sie sind also grundlegend und verdienen eine genauere Betrachtung. Die erste Tatsache, das Auftreten der Gonococcen im Blute, hat heute allgemeine Geltung. Indes, sie wurde eine Zeitlang falsch aufgefaßt. Für Pasteur war das Blut im normalen Zustande stets steril, seitdem ist man jedoch zu der Erkenntnis gelangt, daß diese Annahme zu eng begrenzt war und daß gewisse Einflüsse, wie Kälte und Ermüdung beispielsweise, das Eindringen der Keime in die Blutbahn begünstigen. Ihr Vorhandensein wurde zuerst mit Hilfe von Kulturen nachgewiesen, indem man seine Zuflucht zu ganz besonderen Verfahren nahm. Die einen Forscher verwendeten dabei große Blutmengen, die anderen hingegen nahmen nur das zentrifugierte Blutsediment. Neuerdings hat Courmont der Jüngere dadurch positive Resultate erzielt, daß er das von einem oder mehreren Blutegeln aufgesaugte Blut verwendete.

Jedenfalls aber sind die Bakterien, und daraus erklärt sich der Mißerfolg der ersten Untersuchungen, immer außerordentlich dünn gesät in solchen Kulturen und können leicht übersehen werden.

Ist aber der Nachweis von Mikroben im Blute überhaupt als möglich erkannt, so kann man a priori auch sagen, daß der Gonococcus weniger als jeder andere Mikroorganismus diesem Gesetze entgehen kann, denn der menschliche Körper ist der günstigste Nährboden für die Entwicklung dieser Mikroben und gerade auf Nährböden, die mit Menschenblut gemischt sind, auch auf humanisierter Gelatine, gibt die Aussaat der Gonococcen die konstantesten Resultate.

Seit 1881 war ich in der Lage, durch direkte Prüfungen die Anwesenheit des Gonococcus im Blute im Verlaufe von Untersuchungen festzustellen, welche ich damals im Hôpital de la Pitié anstellte.

Diese Tatsache wurde jedoch in jener Zeit noch ungläubig aufgenommen. Heute ist sie Gemeingut aller.

Außer seiner Prädilektion für menschliche Medien findet der Gonococcus auch noch in anderen, ihm allein anhaftenden Eigentümlichkeiten günstige Bedingungen für sein Eindringen in den Organismus. Wir sehen in ihm einen intrazellulären Mikroben. Eingebettet in die Leukocyten, zieht er seinen Vorteil aus deren Beweglichkeit, er folgt ihnen auf ihren Wanderungen, bei ihren Diapedesen und kann, genau wie sie selbst, seine Lage verändern und in die Blutgefäße eindringen. Die außerordentlich geringen Größenmaße des Mikroorganismus sind weiterhin ein günstiger Umstand für seine Lageveränderungen.

Andere weniger allgemeine Einflüsse treten noch hinzu.

So bildet sich nach den Mahlzeiten, während der Verdauung, ein Zustand der Kongestion, eine Vasodilatation, als deren Folge sozusagen ein Leukocytenschub stattfindet, mit Hilfe dessen die Keime leichter in die Lymphbahnen, die Kapillaren oder in den Pfortaderkreislauf gelangen.

So scheint also eine reiche Zahl rein lokaler und sehr verschiedener Ursachen in gleicher Weise die Generalisation der Gonococceninfektion zu fördern.

Offenbar hat die Ausübung des Koitus in sehr vielen Fällen die Verschlimmerungen hervorgerufen, gleichsam als hätten die Patienten einen neuen Mikrobenvorrat aufgenommen, eine Erscheinung, die sich sogar zeigte, auch wenn der Koitus mittels Kondoms ausgeführt wurde (Amaral). Und da liegt auch die Erklärung für das brüske Erscheinen einer Dammphlegmone als Koitusfolge und ebenso für die Attacken von Tripperrheumatismus, welche man nicht selten bei Jungvermählten beobachten kann.

Analoge Tatsachen können nach Entbindungen in Erscheinung treten. Morny und Beaufumé haben neuerdings von einem Falle gonorrhoischer Gelenkentzündung als Folge einer Entbindung berichtet.

In anderen Fällen kann auch ein chirurgischer Eingriff der Infektion die Tore öffnen. So hat Sänger nach einer Myomektomie Schmerzen im Knie auftreten sehen, dann einen Gelenkerguß und eine Anschwellung am Unterleib. Dazu kam Fieber und schwere Allgemeinsymptome, die schließlich zum Tode führten.

Ebenso hat man Überanstrengungen und dem Übermaß in jeder Form die Schuld beigemessen. Und in der Tat wird durch die Entartung der Organe, die mit ihnen Hand in Hand geht, eine nicht zu

unterschätzende Prädisposition geschaffen, und so sind denn auch Jagdausflüge, Feste und Diners und alle die anderen Ausschweifungen, wie sie auch immer heißen mögen, nicht selten von Komplikationen gefolgt, die auf gonorrhoischer Allgemeininfektion beruhen. Ebenso haben auch Verletzungen, sei es nun durch ihre lokale, rein physische Einwirkung oder durch ihre Allgemeinwirkung und durch den ihnen folgenden moralischen Choc, solche Allgemeininfektion bedingt. So hat Jacquet eine solche nach einem Sturz vom Omnibus gesehen.

Um diese Aufzählung anatomischer Momente nicht über Gebühr zu vermehren, kann man sie kurz in den Satz zusammenfassen, daß die Generalisation der Gonorrhöe durch alle die Ursachen physischer Entartung begünstigt wird, die insgesamt und überhaupt die Vitalität herabsetzen.

Verweilen wir indes bei einem besonderen Falle, nämlich bei den Neugeborenen. Da sieht man zu seiner Überraschung häufige und vielgestaltige Erkrankungen, wie Abszesse, Gelenk- und andere Leiden... In einem anderen Falle, den Klemperer mitteilte, litt ein Kind an Konjunktivitis, an multiplen Arthritiden und an einem großen Rückenabszeß, dessen Eiter Gonococcen enthielt. Das kommt daher, daß wir bei Neugeborenen ganz besondere anatomische Bedingungen finden, wie die außerordentliche Feinheit der Decken, die dem Eindringen der Keime nur einen unbedeutenden Widerstand entgegensetzen, sowie die überreiche Zirkulation, die ihre Diffusion erleichtert.

Daher lagert auch der Neugeborene alle pathogenen Keime, mit denen er in Berührung kommt, gewissermaßen auf sich ab und so erklärt sich auch die große Häufigkeit der gonorrhoischen Konjunktivitis bei Neugeborenen nicht nur aus den Gelegenheitsursachen bei der Entbindung, sondern auch aus dieser Prädisposition für Infektionen.

Mit vollem Recht muß man sich daher bei der Betrachtung der begünstigenden Bedingungen für eine Generalisation der Gonorrhöe wundern, daß diese nicht häufiger auftreten. Ihre Ursachen sind eben so zahlreich, ja einige derselben so alltäglich, daß man eigentlich kaum einen Tripperkranken finden dürfte, der im Verlaufe seiner Krankheit nicht einer dieser Möglichkeiten ausgesetzt gewesen wäre.

Aber man darf auch nicht schwarz in schwarz malen und man tut besser, will man die anatomische Bilanz gonorrhoischer Komplikationen ziehen, neben den bedingenden Ursachen derselben auf der anderen Seite auch die Faktoren ins Auge zu fassen, die uns vor ihr bewahren. Denn unabhängig von jeder Behandlung hat unser Organismus seine eigenen natürlichen Abwehrmittel.

Unter diesen nimmt den ersten Platz die Wärme ein, die die Gewebe durchdringt und die ihnen eigene Trockenheit erzeugt. Ferner

der Mangel an Säften, welcher den Weitertransport des Gonococcus aufhält.

Die Epithelien bilden keine unüberwindliche Schranke, jedoch können auch sie das Vordringen des Gonococcus verhindern. Das Scheidenepithel besonders ist außerordentlich widerstandsfähig, abgesehen von dem bei jungen Mädchen, wo es von ganz besonderer Feinheit ist.

Sehr häufig lokalisieren sich die Gonococcen auch in den Drüsen, die indessen durch ihre Sekretionen für den Kampf gegen die Feinde auch gut ausgerüstet sind, wobei es zu förmlichen Treibjagden kommt, bei denen das Revier von den Mikroben gesäubert wird.

Wenn die Leukocyten, die doch ihrerseits die Gonococcen aufnehmen, diese auch in den Organismus einschleppen können, so geschieht dies doch in der Mehrzahl der Fälle nur mit abgestorbenen Gonococcen, weil ja die Phagocytose eben nicht nur ein einfaches mechanisches Phänomen ist, sondern Hand in Hand geht mit chemisch-digestiven Vorgängen, die die pathogenen Keime vernichten.

Ist es nun aber schließlich einem noch aktiven Gonococcus gelungen, diesen mannigfachen ihm drohenden Vernichtungsmöglichkeiten zu entgehen, und ist er noch wohlbehalten in die Blutzirkulation gelangt, so sieht er sich dort noch einem weiteren Feinde gegenüber. Das ist die bakterizide Kraft, die normale Eigenschaft der Körpersäfte. Das Serum der Gonorrhoiker enthält, wie Metschnikoff nachgewiesen hat, Abwehrstoffe, die für die Gonococcen todbringende Agentien darstellen.

Die Einwanderung des Gonococcus ins Blut kann im Prinzip natürlich überall stattfinden, aber man wird auch leicht verstehen, daß sie besonders auf der Oberfläche stark kongestionierter Gewebe stattfindet oder auch noch da, wo Blutgefäße bereits eröffnet sind durch eine Erosion, eine Ulzeration, eine Wunde oder irgendeinen anderen Substanzverlust. Indessen scheint es, als ob Wunden, die durch chirurgische Instrumente, wie Sonden, hervorgebracht werden, keine Erscheinungen von Generalisation hervorrufen.

In Wirklichkeit ist der beliebteste Durchtrittsort die hintere Harnröhre. Der Gonococcus wurde von den Histologen sozusagen in flagranti erwischt, indem sie sein Vorhandensein in der Tiefe des vaskulären Endothels nachzuweisen vermochten.

Die anatomischen Verhältnisse erklären es übrigens, weshalb der Gonococcus gerade auf dieser Fläche leichter die Schleimhaut durchquert. Das hat seinen Grund besonders darin, daß die Lage der Blutgefäße in den beiden Teilen der Harnröhre eine sehr verschiedene ist.

Wie Furger dies sehr schön gezeigt hat, haben sie nämlich in der vorderen Harnröhre eine tiefere Lage, in der hinteren Harnröhre dagegen eine sehr oberflächliche, woraus sich alles einfach erklärt.

Übrigens würde auch, falls anatomische Handhaben gefehlt hätten, der klinische Befund zur Feststellung dieser Tatsache genügen, denn die Kliniker hatten schon seit langer Zeit die Beobachtung gemacht, daß die Gonorrhöe sich kompliziere, sobald sie auf die hintere Harnröhre übergreift.

Eine zweite experimentelle Tatsache ist, wie wir erwähnten, durch die Bakteriologie festgestellt worden, nämlich das Vorhandensein eines Gonococcentoxins. Seine Betrachtung wird uns geringere Zeit in Anspruch nehmen als die des Mikroben. Christmas besonders war es, der dieses Toxin, das im Blute kreist, studierte, und das sogar, wenn der Mikrobe auch bereits abgestorben ist, an dessen Kadaver noch festhaftet derart, daß das lösliche Blutfiltrat wirkungslos bleibt.

Es vermag Eruptionen von verschiedenartigem Aussehen hervorzurufen, die Colombini sorgfältig beschrieben hat, und von denen ich selbst zahlreiche Fälle gezeigt habe. Manche Nephritiden, ohne aszendierenden Verlauf, die mit Vorliebe bei der Gonorrhöe zur Beobachtung gelangen, sind mit vollem Recht dem Toxin zugeschrieben worden. Die Arthritiden schließlich dürften sich als Mischerkrankungen darstellen, die auf eine Zusammenwirkung des Mikroben mit seinem Toxin zurückzuführen sind.

Und worin bestehen nun die cytologischen Modifikationen des Blutes? Nach Schwarz tritt bei der Gonorrhöe beträchtliche Leukocytose auf, die sich besonders auf die polynukleären neutrophilen Zellen richtet. Nach Giorgi tritt in der zweiten Woche eine Abnahme des Hämoglobingehaltes in den roten Blutkörperchen ein, deren Anzahl außerdem vermindert ist. Die weißen Blutkörperchen dagegen nehmen erheblich an Zahl zu und ihre Vermehrung richtet sich auf die polynukleären Zellen, die mononukleären, die Lymphocyten und die eosinophilen Zellen.

Die Bedingungen des Durchtrittes der Gonococcen ins Blut kennen wir ja bereits. Jetzt liegt es uns ob, die Wirkungen dieses Vorganges zu prüfen.

Man darf diese für außerordentlich vielgestaltig halten. So fand ich in einem Falle, den ich mit dem verstorbenen Reymond beobachtete, Gonococcen im Blute bei einer Frau, ohne daß auch nur das geringste Symptom auf ihr Vorhandensein hinwies, wobei ich selbst nicht wußte, ob diese Patientin mit Gonorrhöe behaftet war. Indessen liegt die Sache nicht immer so. Neben diesen latenten Fällen, die immerhin selten sind, gibt es andere häufigere, wo die Allgemein-

symptome deutlich die Generalisation der Infektion anzeigen. Da handelt es sich dann um die bösartigen Formen, die die alten Autoren mit „Lues" bezeichneten.

Die Manifestationen dieser schweren Infektionen bestehen in Kopfschmerz, in Schlaflosigkeit und Blässe, einem unbestimmten Schmerzgefühl, in Appetitlosigkeit, Erbrechen und einem eigenartigen Zustand von Verstumpfung, von geistiger Schwäche und von Unruhe, die besonders bei nervös prädisponierten Personen in Erscheinung tritt. Solche Patienten sieht man beispielsweise durch lächerliche Furchtanwandlungen außerordentlich in Unruhe versetzt und sie kommen, wegen der wunderlichsten Komplikationen ärztlichen Rat einzuholen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich einen meiner Patienten nicht unerwähnt lassen, der aus eingebildeter Furcht vor einer Orchitis sich ein riesiges Langlebertsuspensorium anlegte und 14 Tage lang das Bett hütete, ohne daß ich in der Lage war, die geringste Veränderung wahrzunehmen. Ich war daher zu der Annahme gezwungen, daß mein Neurastheniker an einer eingebildeten Orchitis laboriere, in der Art, wie wir gewisse Frauen beobachten können, die in der Einbildung leben, schwanger zu sein.

Zu diesen Symptomen kann sich Fieber hinzugesellen. Lesser, der sich mit dem Studium des Tripperfiebers beschäftigt hat, hat nachgewiesen, daß dasselbe von geringer Höhe und intermittierend ist. Seinen Ursprung hat es, wie er meint, in dem Toxin. Die Hitze, welche es verbreitet, sollte die Abschwächung der Gonococcen herbeiführen und die Folge davon wären die remittierenden Temperaturen, mit Hilfe deren der Gonococcus seine Virulenz und seine thermogene Kraft wiedergewinnen sollte.

Die Häufigkeit aller dieser Infektionen bei Gonorrhöe hat Ward auf 12 per 1000 berechnet. Ihre Entwicklung ist schwankend. Dabei ist ihr Fortschreiten bald ein langsames, frei von schweren Symptomen, die sich z. B. durch einfache leichte torpide Gelenkentzündungen kundgeben, bald wiederum ruft die Infektion schnell um sich greifende Erscheinungen ganz akuter Natur hervor, die zuweilen sogar zum Tode führen können.

Neben den Allgemeinerscheinungen, welche wir schon anführten, gibt es auch noch lokale Komplikationen, wie Arthritiden und Endokarditiden als Folge des Eindringens des Gonococcus ins Blut. Bevor wir uns jedoch der Betrachtung dieser örtlichen Infektionen zuwenden, müssen wir nach den Gründen forschen, wieso das eine Organ in Mitleidenschaft gezogen wird und das andere nicht, da doch die Mikroben, wenn sie einmal in die Zirkulation hineingetragen sind, sich, gleichviel wo immer, festsetzen können. Dieser Punkt hat keine spezielle Be-

deutung etwa nur für die Gonorrhöe. Hier waltet tatsächlich ein allgemeines pathologisches Gesetz derart, daß die Keime, die im Blute eines Organismus kreisen, gewissermaßen den Vernichtungszug zu den Punkten hin unternehmen, die bereits vorher geschwächt, erkrankt oder geschädigt waren. Das ist eben der prädisponierende Einfluß der Loci minoris resistentiae, der die Keime bei der Gonorrhöe sowohl wie bei jeder anderen Infektionskrankheit an einem bestimmten Punkte festhält.

Diese Lokalisationen sind außerordentlich vielgestaltig und können ziemlich alle Organe befallen, wobei übrigens die Häufigkeit, was die einzelnen Fälle betrifft, schwankend ist.

Am meisten werden die Gelenke befallen, zweifellos wohl deshalb, weil sie bei ihrer fast unausgesetzten Tätigkeit in höherem Grade Schädigungen preisgegeben sind. Und unter ihnen sind es wieder die Gelenke, die am leichtesten ermüden, also die Fuß-, Knie- und Handgelenke, die der Lieblingssitz gonorrhoischer Arthritiden sind. Dann kommen die Nebenerkrankungen von seiten der Muskeln, der Sehnen, Bänder und Knochen, dann die, welche den Zirkulationsapparat betreffen, schließlich die der Schleimhäute u. s. f. Ebenso setzt sich der Gonococcus gern auf alten Verletzungen fest.

In einem Falle von Busquet und Bisch ging bei einem Gonorrhoiker ein altes Hämatom in Eiterung über und es fanden sich im Eiter dieses Hämatoms Gonococcen. Diese waren auch im Blute nachweisbar und konnten in Kulturen gezüchtet werden.

Verweilen wir einen Augenblick bei diesen allerhäufigsten Tripperkomplikationen.

Über die gonorrhoische Natur der Arthritis ist kein Wort mehr zu verlieren. Petrone hat als erster Gonococcen in einem Gelenk gefunden. Während man sie selten in der Punktionsflüssigkeit findet, findet man sie mit Vorliebe in den Pseudomembranen, die man nach Arthrotomien entfernt.

Der klinische Ablauf dieser Arthritiden ist verschieden, zuweilen treten sie als schleichende, subakute, polyartikuläre Formen auf, die zwar mit geringem Schmerz verbunden, dagegen außerordentlich hartnäckig sind. Ergreifen sie die Wirbelsäule, so sind sie besonders gefährlich, gerade wegen ihres schleichenden Vordringens und wegen ihres schleppenden Verlaufes. Bisweilen nehmen diese Gelenkentzündungen auch einen akuten Charakter an, sie verlaufen dann rapid, monoartikulär, haben einen Erguß zur Folge und können zur Vereiterung oder zur Ankylose führen.

Die Sehnenscheiden sind fast ebenso häufig befallen wie die Gelenke. Im Jahre 1897 hat Jendell zum erstenmale eine positive Punktion

vorgenommen und bei einer Synovitis Gonococcen in der Punktionsflüssigkeit nachgewiesen. Die tibio-tarsalen und radio-karpalen Sehnenscheiden sind vornehmlich der Sitz dieser gonorrhoischen Ablagerungen.

Der Gonococcus kann auch die Schleimbeutel ergreifen und in ihren Höhlungen einen Flüssigkeitserguß, ein Hygrom herbeiführen. Die Entzündung ist dabei gewöhnlich sehr heftig und geht mit außerordentlich lebhaften Schmerzen einher. Die Schleimbeutel an der Ferse, am Sitzbein und am Ellenbogen scheinen am empfindlichsten zu sein und die gonorrhoische Talalgie tritt besonders häufig auf.

Periostitiden im Verlaufe der Gonorrhöe hat man selten beobachtet. Hall hat bei ihnen Gonococcen nachgewiesen und damit ihre Natur genau festgestellt. Auch Ozenne hat mehrere solcher Fälle gesehen und darüber berichtet. Des weiteren hat die Radiographie gezeigt, daß sich bei den Arthritiden immer eine Alteration der benachbarten Knochenpartien findet.

Ein Fall von Osteomyelitis kam zur Beobachtung und zur Veröffentlichung, er steht aber bis heute vereinzelt da. Die Beobachtung stammt von Ullmann und es handelt sich um eine Lokalisation im Humerus mit foudroyant fortschreitender Entzündung, die die Aufmeißelung des Knochens notwendig machte.

Ein tödlich verlaufener gonorrhoischer Osteomyelitisfall, den ich vor 18 Jahren am Schluß einer Nachtripperbehandlung beobachtete, gibt mir zu berechtigten Zweifeln Veranlassung, seitdem ich die Arbeit des deutschen Autors gelesen habe. Unglücklicherweise konnten damals keine mikroskopischen Untersuchungen gemacht werden.

Die gonorrhoische Myositis ist nicht selten und genau beschrieben. Die Erkrankungen von seiten des Binde- und des Zellgewebes sind relativ vereinzelt. Wir wollen indessen den Fall Zurkas anführen und die diffuse Phlegmone, die Fowes beobachtet hat.

Das Auge, das schon der direkten Infektion durch Ophthalmia gonorrhoica ausgesetzt ist, kann auch noch auf dem Blutwege infiziert werden. Ferner sieht man gonorrhoische Iritiden auftreten, bei denen, wohlgemerkt, das Hydrargyrum nur eine sehr schwache Wirkung ausübt, ferner Zyklitiden, Irido-Zyklitiden, Chorioiditiden und Neuritis optica, alles seltene Komplikationen der Gonorrhöe.

Selten sind auch die Lokalerkrankungen, welche die großen Schleimhäute und die Endothelien befallen.

Die wichtigste unter ihnen ist die Endokarditis, die sich oft mit sehr schweren Allgemeinsymptomen vergesellschaftet und zum Tode führen kann.

Einen hierhergehörigen Fall von meiner Krankenabteilung in Saint-Lazare habe ich gemeinsam mit Sibut veröffentlicht. Diese Kranke

verließ das Hospital in einem Zustande unheilbaren Siechtums. Bei der Autopsie konnte man in zahlreichen Fällen Herzklappen zu Gesicht bekommen, die mit riesigen blumenkohlartigen Vegetationen bedeckt waren und deren mikroskopische Untersuchung Gonococcen auffinden ließ (Ahmann).

Perikarditiden, Phlebitiden, Tendinitiden und Meningitiden sind gleichfalls zur Kenntnis gelangt. Ich selbst habe bei einem meiner Patienten einen Fall einer solchen sehr seltenen gonorrhoischen Hirnhautentzündung gesehen.

Schließen wir der Vollständigkeit halber mit der Erwähnung der Neuritiden, der Polyneuritiden, der Myelitiden und der Pneumonien. Indes das sind nur pathologische Seltenheiten.

Die Behandlung aller dieser gonorrhoischen Infektionen wird vor allem einer Hauptindikation genügen müssen, nämlich der Desinfektion des Organismus durch verschiedene antiseptische Maßnahmen. Desinfektion von innen nach außen, das heißt interne Behandlung durch Chinin, durch Naphthol, Salol und Balsamika. Ferner Desinfektion von außen nach innen, das heißt externe Behandlung durch Spülungen und Einspritzungen von Kaliumpermanganat.

Vergessen wollen wir auch nicht die Erwähnung neuerer und der Allgemeinheit weniger bekannter Methoden, die den Zweck verfolgen, den pathogenen Keimen im Blute selbst zu Leibe zu rücken.

So habe ich schon 1878 bei Tripperrheumatismus subkutane Sublimatinjektionen wie bei Syphilis angewendet und neuerdings ist der Quecksilberbehandlung gonorrhoischer Komplikationen in Morel-Lavallée ein sehr nachdrücklicher Fürsprecher erstanden. Schließlich hat Oro, der etwas radikal, dabei aber sehr rationell vorging, in mehreren Fällen von Tripperrheumatismus nach der Methode Baccellis intravenöse Sublimatinjektionen angewendet.

Tonika dürften immer zweckmäßige Adjuvantien dieser antiseptischen Behandlung sein, denn wenn es auch natürlich von Vorteil ist, den Gonococcus zu vernichten, so darf man doch nicht außer acht lassen, daß auch der Organismus seinerseits sich zur Wehr setzt und daß man ihm durch entsprechende Stärkungsmittel bessere Aussichten gibt, den Kampf zu bestehen. Daher sollte die Ordination von Glycerophosphaten, von Lecithin und Chinapräparaten nicht verabsäumt werden.

Wir sind nicht in der Lage, hier die zahlreichen Indikationen zu prüfen, die die Behandlung der multiplen Lokalisationen gonorrhoischer Infektion zuläßt. Am häufigsten dürfte man in der alltäglichen Praxis die Arthritis antreffen. Zu zahlreichen Behandlungen dieser Erkrankung hat man geraten und diese haben recht verschiedenartige

Resultate gezeitigt. Früher verwendete man Vesikantien, heute sucht man besonders durch Ätzschörfe, durch Jodtinktur und Terpentinbäder eine Ableitung herbeizuführen. Seit einiger Zeit scheinen zwei neuere Verfahren ermutigendere Resultate geliefert zu haben.

Das sind erstens die Lichtbäder nach Dowsing. Dabei wird der Patient in einen Kasten eingeschlossen, so daß nur sein Kopf aus demselben hervorschaut. Zahlreiche elektrische Lampen, die sich an den Wänden des Kastens befinden, werden zum Glühen gebracht und ihr Licht wie ihre Wärme werden mit Hilfe von Reflektoren auf den Kranken gerichtet. Auf diese Weise gelangt man zu örtlichen Temperaturen von 80 bis 100, ja bis 120 Grad, ohne daß man eine Verbrennung zu befürchten hätte.

Ein weiteres heroisches Mittel ist die Behandlung mittels Elektrizität, und zwar mit kontinuierlichen Strömen von hoher Intensität bei verlängerter Applikation. Delherme, der diese Behandlungsart bekannt gemacht hat, hatte in mehreren Fällen von Tripperrheumatismus ganz entschiedene Erfolge aufzuweisen.

Literaturverzeichnis.

Jacquet, Recherches de clinique et de bact. sur le rhumat. blennorr. *Ann. de Dermat.* 1892, p. 682.

Jendell, Reinzüchtung des Gonococcus in zwei Fällen gonorrhoischer Metastase. *Ann. de Dermat.* 1897, p. 1314.

Christmas, Contribut. à l'ét. du gonoc. et de sa toxine. *Ann. de l'Inst. Pasteur,* août 1897.

Ahmann, Zur Frage v. d. gonorrh. allgemeinen Infektion. *Arch. f. Derm.,* Bd. 39, p. 323.

Colombini, Recherches bactériol. et expérim. sur un cas de blennorr. initiale avec les art. et cut. *Mon. f. prakt. Derm.,* Bd. 21, p. 11.

Unger, Rhum. art. blenn. avec constatation du gonococce dans le sang. *Berliner Verein für innere Medizin,* 21. November 1901.

Zurka, Über metastatische Bindehautentzündung bei Gonorrhöe. *Wiener klin. Wochenschrift,* 2. Oktober 1902.

Barbiani, La gonococciemia. *Giornale italiana delle malattie veneree e della pelle,* 1902, p. 9.

Jullien, Lues. *Rev. des mal. de la nutrition,* 1903, p. 183.

Giorgi, Ricerche ematologiche nella blenorrhagia. *Clinica medica,* 1903, No. 8.

Mosny et Beaufumé. Polyarthrite puerp. de nat. gonoc. *Presse Médic.,* 821-04.

Provers, Infect. gonoc. diff. de toute l'extrêm. sup. *Journal des malad. cut. et syph.* 1904, p. 791.

Zweites Kapitel.

Abweichende Tripperformen.

Vor einigen Jahren stellte ein deutscher Gynäkologe, Bumm, den Satz auf, daß nur mit Zylinderepithel bekleidete Schleimhäute dem Gonococcus als Boden dienen könnten. Diese Ansicht ist irrig und man muß gegen dieselbe Stellung nehmen. In der Auffassung vieler Autoren nämlich hat sie geradezu Gesetzeskraft erlangt und diese vorgefaßte Idee hat lange Zeit hindurch gewisse speziell gonorrhoische Lokalisationen verkennen lassen, die von Wichtigkeit waren, teils durch ihr seltenes klinisches Vorkommen, teils durch die veränderten Formen, welche sie der Krankheit verleihen, wenn sie sich zu ihr hinzugesellen.

Allmählich ist dieses Dogma vor den Tatsachen zunichte geworden. Da war es zuerst Rosinsky, der den ersten Fall von Gonorrhoea buccalis mitteilte, dann beschrieb Kronig die gonorrhoische Rhinitis und andere, wie Deutschmann und Denkler, fanden den Gonococcus bald in den Zellgeweben, bald in den Muskeln. Sein Vorkommen im Peritoneum stellte Weller fest. Alle ihre Arbeiten, die Tag für Tag durch neue Untersuchungen bestätigt werden, haben endgültig die Unrichtigkeit des vermeintlichen Gesetzes zur Gewißheit gemacht und haben gezeigt, daß der Gonococcus auch auf nicht zylindrischem Schleimhautepithel zu gedeihen vermag.

Nach den Schleimhäuten sind die Drüsen ein Prädilektionsort der Gonococcen. Und in der Tat liefert die Bakteriologie den Beweis dafür, daß der Mikrococcus Neissers tief in ihre Sackgassen eindringt und daß ihm eine Art Anziehungskraft auf alle Drüsen innewohnt, welcher Art sie auch immer seien. So hat Campana das Auftreten von Gonococcen in den Talgdrüsen nachzuweisen vermocht.

Wenn diese Forschungen nun jene Theorie vollständig über den Haufen geworfen haben, so muß man auf der anderen Seite doch einsehen, daß der Irrtum ihrer Anhänger infolge ernst zu deutender Tatsachen in gewisser Hinsicht berechtigt war.

Diday und Bonnière hatten erfolglose Impfversuche mit Trippereiter auf die Nasen- und Mastdarmschleimhaut unternommen. Allein

diese fruchtlosen Impfversuche konnten natürlich nicht ins Gewicht fallen gegenüber den positiven Tatsachen.

Gonorrhoea praeurethralis. Die Vorliebe des Gonococcus für epitheliale Divertikel und für Drüsen gibt uns das Recht, bei den anormalen Lokalisationen der Gonorrhöe, die wir „Blennorragies aberrantes" nennen wollen, eine erste wichtige Gruppe zu unterscheiden, nämlich die präurethrale Gonorrhöe.

Um deren Wichtigkeit zu begreifen, genügt es schon, an die mannigfachen drüsigen Organe zu denken, die geschlossenen Schleimhautsäckchen, die der Harnröhre benachbart liegen, die bei ihrem dauernden Kontakt mit dem Trippereiter auch der Gefahr ausgesetzt sind, von den Gonococcen befallen zu werden. Die Follikel, die Meryschen, die Tysonschen Drüsen u. s. w. sind ebenso Grenzgebiete für virulente Eiterungsprozesse. Zuweilen begünstigt auch ihre anormale Entwicklung, ihre auf Grund eines entzündlichen Vorganges eingetretene zystische Entartung das Eindringen von pathogenen Keimen.

Unter den Autoren, die diese Wanderung der Mikroben studiert haben, sei Boas erwähnt, der 1860 eine Follikulitis beschrieb, die in der Nähe des Meatus ihren Sitz hatte, weiter Hardy, der die zystischen endo-urethralen Follikulitiden untersuchte, und Lagneau, der die Inversion der Drüsen kennen lehrte. Viel näher jedoch liegen uns die Namen von Neumann, Finger, Touton, Swinburn, Audry, Druelle und Chatin.

Natürlich haben die präurethralen Gonorrhöen, entsprechend ihrem Auftreten bei dem einen oder dem anderen Geschlecht, ihren besonderen Sitz.

Bei der Frau, deren Scheidenschleimhaut, sozusagen, eine Anhäufung von Drüsen darstellt, sind sie ganz besonders häufig. Vornehmlich ist die Bartholinische Drüse ergriffen. Man findet nicht selten um den Meatus urinarius herum kleine tiefliegende Vorsprünge von engen Kanälchen, die man als präurethrale bezeichnet und in denen sich die Gonococceninfektion zuweilen mit großer Hartnäckigkeit hält. Endlich bleiben auch die Drüsen, die in der Tiefe der Schleimhaut auf der Oberfläche kleiner Einsenkungen eingebettet liegen, zuweilen für recht lange Zeit mit dem Gonococcus behaftet.

Vor mehreren Jahren trat Herr Dr. Bertrand bei mir als Assistent ein, ein außerordentlich begabter und geschickter Mann, der es sich in den Kopf gesetzt hatte, diese kleinen Vulvitiden auszuheilen. Er hatte sich dazu ein ganzes Arsenal von Spritzen ingeniös und fein ausgeklügelt, dazu dünne Kanülen, mit Hilfe deren er Einspritzungen ausführte und auch dahin gelangte, jede dieser infizierten Drüsen einzeln auszuheilen, die wir sonst alle zusammen zu behandeln gezwungen sind.

Beim Manne ist bekanntlich die Harnröhre in ihrer Gesamtheit mit absorbierenden Öffnungen austapeziert, wie die Prostata und die Cooperschen, Morgagnischen und Littréschen Drüsen. Weiter können auch die Lymph- und die Präputialfollikel und die Tysonschen Drüsen allen möglichen gonorrhoischen Varietäten zur Stätte dienen.

Bei beiden Geschlechtern können diese Infektionen auch anormale Bildungen befallen, wie präurethrale und akzessorische Gänge, die Überbleibsel von Entwicklungsstörungen. Noch in allerletzter Zeit hat mein Assistent, Dr. Belgodère, bei einer Frau auf seiner Station das Bestehen eines Gärtnerschen Ganges entdeckt, der seinen Sitz in der lateralen Wand der Scheide hatte und nach der Vulva hin verlief. In diesem Gange hatte sich auch der Infektionsprozeß sehr bequem ausbreiten können.

Die präurethralen Gonorrhöen stellen sich unter sehr verschiedenen Bildern dar. Bald sind es harte kleine Granulationen oder Kanälchen, die die Größe einer Erbse oder einer Bohne erreichen. Seltener bilden sie wirkliche Abzesse, die so groß wie eine Nuß werden können (Pellizaro). Follikulitiden, präputiale Perifollikulitiden und Tysonitiden können zu einer diffusen Schwellung Veranlassung geben. Diese Schädigungen führen zuweilen schankerartige Einsenkungen, wie kleine Krater, herbei.

Ihre klinische Entwicklung gibt sehr zahlreichen Modalitäten Raum und die Keime werden zuweilen recht lange in den Drüsen zurückgehalten, ehe die Krankheitserscheinungen sich deutlich zeigen, denen eine lange Inkubationsperiode vorausgeht. Ihr Fortschreiten kann superakut, akut, chronisch und bisweilen sogar latent vor sich gehen.

Die präurethralen Gonorrhöen, die sich in den akzessorischen Gängen, in dem paraurethralen Gewebe ausgebreitet haben, bieten, und das ist wohl zu beachten, nicht denselben Charakter dar, wie die in den Drüsenschläuchen.

So hat Fienkowsky einen akzessorischen Gang gefunden, welcher sich 13 *mm* lang hinter der Drüse öffnete und sich in der Schambeingegend verlor. Nur allein dieser Gang war erkrankt, während die Harnröhre normal und gesund war. Eine analoge Beobachtung hat Pezzoli veröffentlicht, nämlich gesunde Harnröhre neben infiziertem akzessorischen Gang. Die histologische Untersuchung dieses letzteren zeigte die Schleimhaut mit Pflasterepithel bekleidet, das mit Gonococcen, die zwischen den Zellen lagerten, übersät war. So hat es doch den Anschein, als ob diese akzessorischen Gänge eine ganz besondere Prädisposition zeigten für die Aufnahme der Infektion, sogar dann, wenn die gesunde Harnröhre selbst gar keine Infektion aufweist. Diese letztere jedoch kann sich ihrerseits infizieren und wenn man den

überflüssigen Kanal nicht zerstört, so bleibt eine dauernde Gefahr für den gesunden bestehen.

Die akzessorischen Gänge, von denen wir soeben gesprochen haben, kommunizieren mit der Harnröhre, aber es gibt deren auch noch andere, die unabhängig sind von dem Hauptkanal und in keiner Verbindung mit demselben stehen. Wenn sie infiziert sind, so führt dies zur externen Urethritis oder zur Paraurethritis. Aber trotz dieser mangelnden Verbindung kann sich die Harnröhre durch Kontakt infizieren, so wie es in einem von Rosenthal veröffentlichten Falle geschah. Er betrifft einen jungen Mann, der auf beiden Seiten der Harnröhre zwei akzessorische Gänge hatte und eine Gonorrhöe von ganz besonders hartnäckigem Charakter bekam, weil eben diese drei Gänge infiziert waren.

Diese verschiedenen Fälle von Paraurethritis sind nicht eben selten. Im Hospital werden sie zwar zuweilen übersehen, aber man beobachtet sie besonders in der Privatpraxis, wo man eine eingehendere Untersuchung der Patienten vornehmen kann, und ich für mein Teil habe eine ganz hübsche Anzahl von Fällen zu verzeichnen, die stets eine, wenn auch nicht schwere, so doch recht langwierige Komplikation bedeuteten.

Wie soll sich nun die Behandlung dieser präurethralen Urethritis gestalten? Wie soll man aus diesen akzessorischen Gängen, aus diesen Drüsenschläuchen heraus die Gonococcen zum Verschwinden bringen? Es stehen dazu die Exstirpation und die Dissektion zur Verfügung, die man stets anwenden soll, wenn es ohne zu große Zerstörungen angeht. In anderen Fällen werden wir die akzessorischen Gänge inzidieren, um sie mit der Harnröhre in Verbindung zu bringen. Für sehr kleine und speziell für die präurethralen Gänge bei der Frau ist das Verfahren der Wahl die Kauterisation, die die pathogenen Keime vernichtet und den Gang zerstört. Diday hat als erster nachdrücklich auf diese Behandlungsart hingewiesen. Er ging mit einer Nadel in den erkrankten Gang ein und erhitzte den herausragenden Teil der Nadel. Die Wärme leitete sich fort und erhitzte in gleicher Weise den eingeführten Teil der Nadel und so wurden die Wände des Ganges kauterisiert, was sich durch das charakteristische zirpend-zischende Geräusch kundgab. Um aber Verbrennungen zu verhüten, die durch Ausstrahlung von der zum Erhitzen der Nadel gebrauchten Lampe eintreten könnten, empfahl Diday, die Nadel vorher durch eine Visitkarte zu bohren, die so einen Schirm bildete.

Trotz dieser Vorsichtsmaßregeln begreift man, daß dieses Verfahren wenig praktisch war. Heute ist es ja mit Hilfe des Galvanokauters so angenehm und bequem gemacht, in die tiefsten Tiefen dieser

Divertikel zu gelangen. Wir machen reichlich Gebrauch von diesem Verfahren in der Klinik, und zwar mit immer gleichbleibendem Erfolg.

Gonorrhoea ano-rectalis. Wir müssen uns jetzt einer anderen abweichenden Tripperform zuwenden, deren Geschichte weniger bekannt ist, nämlich der ano-rektalen Gonorrhöe, deren genaue Kenntnis noch heute sehr vielen Ärzten abgeht. Und in der Tat haben die klassischen Autoren wie Tardieu und Gosselin, die allerdings nur die forensische Seite dieser Frage im Auge hatten, eine große Zahl von Fällen verkannt, die ich als gangbare Fälle bezeichnen möchte.

Um der Möglichkeit solcher Infektion eine sichere Grundlage zu geben, wurden Inokulationen versucht, die unsichere Resultate ergaben. 1875 erhielt Bonnière, der den Anus mit Trippereiter bestrich, zwar eine positive Impfung, aber er wiederholte dasselbe Experiment mit Hilfe eines Pinsels auf dem Rektum ohne erneuten Erfolg. Indessen haben, mangels experimenteller Resultate, die klinischen Beobachtungen das Vorkommen der ano-rektalen Gonorrhöe über jeden Zweifel erhaben festgestellt und noch jüngst hat Doméjean (Thèse de Toulouse 1900) diese Ansicht durch neue Tatsachen bekräftigt.

Heute, seit der Entdeckung Neissers, hat die ano-rektale Gonorrhöe ihren Platz im Rahmen der Nosologie endgültig eingenommen und man braucht wirklich nur jede suspekte anale Sekretion zu untersuchen und Gonococcen darin zu finden, um diese Lokalisation derselben nicht mehr zu verkennen.

Wie steht es nun mit ihrer Häufigkeit? Diese Frage wird in der widersprechendsten Weise beantwortet, so von Wolf und Verchère, die angeben, keinen einzigen Fall gesehen zu haben, der erstere unter 10.000, der andere unter 800 Kranken. Weiters zählt Horand 4 Fälle bei 438 Kranken, Schultz 14 auf 174, Baer in einer ersten Statistik 67 auf 296, in einer zweiten 72 auf 129 Fälle. Zählt man diese Statistiken zusammen, so ergeben sich 157 Fälle von ano-rektaler Gonorrhöe auf 1037 Kranke, also ein Verhältnis von nahezu 5 Prozent. Wie aber soll man es erklären, einmal, daß diese so häufigen Erkrankungen so lange übersehen werden konnten, und ferner, daß sich so ungleiche Schätzungen ergaben? Dafür wird uns das Studium der Symptome den Schlüssel liefern. Zuerst jedoch wollen wir hervorheben, welche Ursachen die ano-rektale Gonorrhöe begünstigen.

Eine häufige Ursache ist die Ansteckung, die eine direkte sein kann und wobei beispielsweise die ano-rektale Gonorrhöe die Folge eines analen Koitus ist, der sich nicht selten mit Gewaltanwendung und als Folge davon mit Schleimhautrissen vergesellschaftet, die die Infektion noch begünstigen. Auch indirekte Übertragungen lassen sich ferner feststellen, wie bei einer Frau, die sich infiziert hatte, nachdem

sie, um sich ein Klistier zu geben, das alte Vaginalrohr einer anderen mit Gonorrhöe behafteten Frau benützt hatte (Murray). Rollet hat ferner die Geschichte eines Mannes berichtet, der an Verstopfung litt und die Gewohnheit hatte, auf dem Klosett, um den Stuhlgang anzuregen, den Finger in den Anus einzuführen. Dieser Mann hatte sich eine Gonorrhöe zugezogen und infizierte sich auf diese Weise den Mastdarm mit seinem eigenen Finger.

In den meisten Fällen jedoch ist die Übertragung nicht die wahre Ursache, denn am häufigsten kommt es zur ano-rektalen Infektion durch die Nachbarschaft, durch die Kontiguität mit einem gonorrhoischen Herde. Bei der Frau rieselt der gonorrhoische Ausfluß in Rückenlage aus der Vulva die Dammrinne hinab und gelangt so leicht zum Anus, der so recht nach Wunsch geeignet ist, die infektiöse Flüssigkeit aufzunehmen. Seine Trichterform und die radiären Falten, die bei solchen Kranken häufig durch ein Erythem kenntlich gemacht sind, das eine Folge der Gewebsmazeration ist, leiten naturgemäß die ausfließende Materie nach der Afteröffnung hin. Ja, sogar eine Art von Aspiration kommt zustande, wobei die Kapillarität das Fortschreiten zwischen den radiären Falten begünstigt.

In anderen Fällen hat das Auftreten von Gonococcen im Rektum seine Ursache in dem Zutritt einer Eiteransammlung, die Gonococcen enthält, wie bei Bartholinitis, bei Prostataabszessen und Spermatozystitis, und wenn dann auch noch ein unablässiger Ausfluß, wie bei schwangeren Frauen, eine Gewebsmazeration zur Folge hat, so wird dadurch das Eindringen der Gonococcen wesentlich gefördert.

Die histologische Untersuchung der Darmwand zeigt an gewissen Punkten, wo Erosionen ihren Sitz haben, das Zylinderepithel geschwunden sowie die Lieberkühnschen Drüsen atrophiert und verschwunden. Auf der Oberfläche der eben beschriebenen Ulzerationen hat sich dagegen eine richtige bindegewebige Neubildung vollzogen, alles in allem, die Wand ist vollgestopft mit Rundzellen, wie man sie sonst in der Muskelschicht zu sehen bekommt (Frisch, nachgeprüft von Neuberger).

Vom klinischen Standpunkte aus müssen wir uns zuerst mit einer negativen, aber äußerst wichtigen Eigenschaft der Erkrankung befassen, nämlich mit dem fast konstanten Fehlen subjektiver Erscheinungen bei der Gonorrhoea ano-rectalis. Die Kranken haben keine Schmerzen und äußern keine Klagen, und der Arzt kann das Leiden nur dann erkennen, wenn er systematisch danach forscht. Diese Eigentümlichkeit erklärt uns auch deutlich die Widersprüche, von denen oben die Rede war, bezüglich der Häufigkeit der Erkrankung.

Indes haben einige Autoren eine Periode beschrieben, die sich durch ganz deutliche Symptome bemerkbar machen sollte. So hätte in einem Falle von Balzer eine Frau nadelstichartige Schmerzen im Anfangsstadium der ano-rektalen Gonorrhöe in der Höhe des Anus gehabt, ferner heftige Schmerzen in der Lumbalregion mit Gefühl von Abgestorbensein im Unterleib. Wir allerdings haben ähnliche Beobachtungen bei unseren Kranken nicht machen können und es ist wahrscheinlich, daß die von dieser Frau angeschuldigten Zeichen nur infolge ihres nervösen Zustandes übertriebene Erscheinungen darstellten. Latent wie im Beginn, ist es die Gonorrhoea ano-rectalis auch noch in der Periode ihres Bestehens. Aber dann kann man sie bei aufmerksamer Untersuchung an drei wichtigen und charakteristischen Zeichen erkennen, eine wirkliche Trias der ano-rektalen Gonorrhöe. Diese drei Anzeichen sind: Tropfen, Fissuren, Kondylome.

Der Tropfen ist von weißgelblicher Färbung, identisch mit dem aus der Harnröhre. Durch direkte Untersuchung nach Gram sowie durch Kulturen kann man nachweisen, daß er Gonococcen in großer Menge enthält, bisweilen vergesellschaftet mit anderen Mikroorganismen von der Schleimhaut her oder in anderen Fällen auch isoliert oder dies nahezu, besonders im Beginn, wie Staub (Prag) dies nachgewiesen hat und wie ich selbst es auch oft festgestellt habe. Dieser Tropfen tritt aber an der Afteröffnung gewöhnlich nicht zutage, ebensowenig wie er dies an der Harnröhrenöffnung bei der Frau tut, aber er kann auch unter Umständen herausfließen und sichtbar werden in den Fällen, wo die Analfalten bei starker Schwellung nicht mehr dicht genug schließen. Im allgemeinen muß man nach ihm suchen und das ist nicht schwer, denn man braucht nur den Finger in die Scheide einzuführen und von oben nach unten auf die rekto-vaginale Scheidewand zu drücken. Man bringt so den Eiter zum Hervorquellen, der manchmal mit Blut untermischt ist. Vom Rektum her also kommt der Mikroorganismus, im Gegensatz zu dem, was Bonnières Untersuchungen vortäuschen könnten, daß nämlich die ano-rektale Gonorrhöe mehr rektal sei als anal.

Die Ulzerationen sind ein wichtiges Symptom nicht nur für die Diagnose der uns beschäftigenden Krankheit, sondern auch von einem mehr allgemeinen Standpunkt aus. Denn dadurch, daß wir eine gonorrhoische Erkrankung sich mit einem ulzerösen Prozeß komplizieren sehen, sind wir zu der Möglichkeit geführt, auch andererseits wieder gonorrhoische Ulzerationen zu erkennen.

Jesionek war in der Lage, diese Ulzerationen in einem ganz besonders günstig liegenden Falle studieren zu können, und zwar bei einem jungen Mädchen, das mit einer gewissen Kraftaufwendung seine Mastdarmschleimhaut zum Vorfall zu bringen vermochte. Bei dieser

Patientin stellte man eine richtige Ulzeration fest, bedeckt mit einer grauschwarzen schmierigen Schicht, von torpider Form und im ganzen an die Geschwüre bei Balanoposthitis erinnernd. Am häufigsten aber handelt es sich um eine geschwürige Schrunde, die ihren Sitz an der hinteren Analpartie hat, auf 6 Uhr,*) nach der modernen Bezeichnung, und die schmal und oberflächlich, im allgemeinen verborgen in einer Falte liegt, bisweilen auf beiden Seiten, ohne zu bluten, mit geringer Tendenz, sich über die Sphinkterenregion auszudehnen. Die Entwicklung dieser Fissuren ist eine langsame und unbegrenzte, sie dauert ebenso lange wie der Katarrh selbst.

Die Kondylome, die die Trias vervollständigen, bieten schon an sich einen ganz besonderen Anblick dar. Das Kondylom steht allein, ist hervorragend, in die Länge gezogen, fein, rosig und glänzend infolge der von dem Katarrh dauernd stammenden Feuchtigkeit. Nirgends zeigt es eine Spur von Härte und ist vielmehr von ausgesprochener Weichheit, es ist sozusagen konsistenzlos und man kann es wie einen Lappen zerknittern, man kann es abdrehen, ohne daß der Patient eine Klage verlauten läßt infolge der ganz eigenen Schmerzunempfindlichkeit dieses Gewebes. Die Kondylome lassen uns selten im Stich, wobei ihr Vorhandensein an das der Fissuren geknüpft ist, deren Folgeerscheinung sie ja erst darstellen. Sie umschließen deren äußerstes Ende mit ihrer Grundfläche und bedecken sie, indem sie sich umlegen wie eine Klitorisvorhaut. Dieser Anhängsel ist der beste Anhaltspunkt, um gleich von vornherein die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, und für ein geübtes Auge ist es ein sehr deutliches und unverkennbares Erkennungszeichen.

Die Entwicklung dieses ano-rektalen Katarrhs geht sehr langsam vor sich. Er ist durchaus schwierig zu behandeln und demgemäß von langer Dauer. Wir haben auf unserer Station in Saint-Lazare 4 Fälle verfolgt, die eine Kur von 116, 144, 169, 174 oder im Durchschnitt von 153 Tagen, also von 5 Monaten, erforderten derart, daß die Harnröhre seit längerer Zeit geheilt war, während der Darm noch erkrankt blieb. Auch wenn der ano-rektale Ausfluß selbst nur allein vorhanden ist, ist es schwer zu sagen, ob diese Gonorrhöe primär ist oder sekundär. Das Allgemeinbefinden wird indes durch diesen chronischen Verlauf nicht beeinträchtigt, denn bei zwei der von uns beobachteten Patienten

*) Anmerkung: Diese seltsame Bezeichnung lautet im französischen Text: „il s'agit d'une simple fissure ulcéreuse, siégeant à la partie postérieure de l'anus, à 6 heures, suivant la désignation moderne". Dieser Ausdruck „um 6 Uhr" ist so zu verstehen, daß die Zeiger der Uhr um 6 gerade in einer Linie stehen, also direkt nach oben und unten weisen. Es würde also frei übertragen lauten „geradezu". Der Übersetzer.

nahm das Körpergewicht während ihres Aufenthaltes im Hospital zusehends zu.

Die Entwicklung der rektalen Gonorrhöe kann sich durch verschiedene Komplikationen verschlimmern. Beispielsweise durch Follikulitiden, die sich in den Lieberkühnschen Krypten entwickeln und die sich durch runde Körnchen bemerkbar machen oder durch mehr oder weniger beträchtliche kernartige Verhärtungen. Diese Verhärtungen bleiben auch zuweilen nach der Heilung noch bestehen, nehmen eine resistente Form an und lassen sich durch kombinierte Untersuchung von der Scheide und vom Mastdarm aus deutlich fühlen. Ich habe ja bereits die Aufmerksamkeit auf das einzige Mittel gelenkt, sie sicher festzustellen, nämlich durch jenes Verfahren, das die Schleimhaut völlig glättet, so daß auch nicht die geringste Unebenheit unbemerkt bleiben kann.

Seltener bilden sich um das Anorektalrohr herum Eiteransammlungen. So hat Huber spontane Abszesse der Hinterbacken auftreten sehen, die einen besonderen Charakter aufweisen und sich von Staphylococcenabszessen wohl unterscheiden. Sie sind nämlich abgegrenzt und bilden harte Kerne, die sich in Zysten umwandeln können und keine Tendenz zu eitrigen Rohrgeschwüren zeigen. Kommt es ausnahmsweise doch dazu, so nimmt der Eiter den gewöhnlichen Weg der Abszesse dieser Gegend oder er kann sich auch hinter Fisteln weiter halten.

Eine schwere Komplikation, die auch ein größeres pathogenes Interesse beansprucht, sind die Verengerungen. Sie werden vorbereitet durch die tiefgehenden Schädigungen der Rektovaginalwand und die Follikulitiden, die mit Perifollikulitiden einhergehen. Das gesamte Bindegewebe ist von dem entzündlichen Prozesse befallen und verhärtet sich. Die unbestimmte Dauer des Krankheitsverlaufes kann so nach und nach zur Entstehung einer regulären Striktur führen. Dieser Ursprung einer Verengerung, der wohl möglich ist und die dann so oft und mit Vorliebe als syphilitisch angesprochen wird, ist bisher viel zu viel übersehen worden. Er würde wenigstens den Vorteil bieten, ihre unvergleichlich größere Häufigkeit bei Frauen zu erklären.

Schließlich kann sich ano-rektale Gonorrhöe auch mit Phlebitis der Hämorrhoidalvenen vergesellschaften. Diese Komplikation ist aber äußerst selten, jedoch immerhin im Auge zu behalten bei der Häufigkeit der Venenerkrankungen in diesen Gebieten. Griffon hat jüngst einen hierhergehörigen Fall veröffentlicht. Die Hartnäckigkeit des Leidens hat natürlich viele Heilungsversuche gezeitigt, mit deren Aufzählung wir jedoch keine Zeit verlieren wollen, da sie kaum dazu geführt haben, die Dauer der Krankheit auch nur abzukürzen. Wir haben Versuche mit Argentum nitricum, mit Resorcin und Ichthyol gemacht. Die

Behandlungsmethode, die uns als die wirksamste erschien, ist die mit Kaliumpermanganat 2 bis 4 : 1000.

Auch Argentamin rühmt man. In dem Falle Jesioneks, wo die Kranke ihre Schleimhaut hervorstülpen konnte, wo also der Krankheitsherd leicht zugänglich war, wurde mit Höllensteinlösung eine außerordentlich schnelle Heilung erzielt.

Gonorrhoea buccalis. Der Mundtripper ist eine noch neuere Errungenschaft und noch weniger bekannt als die gonorrhoische Rektitis. Ich muß schon um die freundliche Erlaubnis bitten, mich bei den ätiologischen Bedingungen der so lokalisierten Erkrankung nicht aufhalten zu brauchen, die wir nur unserer genaueren Betrachtung zu unterwerfen hätten, würden wir uns mit geschlechtlichen Verirrungen zu befassen haben. Entartete Söhne einer fernliegenden Zeit der Steinschneider und die raffinierten Verfeinerungen unserer Vergnügungen erklären diesen Wanderzug des Gonococcus aus seiner gewohnten Heimstätte zur Genüge.

Sogar die bloße Existenz dieser buccalen Gonorrhöe ist noch bestritten worden. Im Jahre 1883 stellten wir sie auch noch in Zweifel und bei der Mitteilung eines Tripperfalles im Anschluß an einen buccalen Geschlechtsakt erklärten wir sie durch eine einfache Reizwirkung der Harnröhre, die eine chronisch latente Gonorrhöe wieder mobil gemacht hatte, wie es auch nur möglich schien.

Indessen berichtete dann Horand im Jahre 1885 eine sehr lehrreiche Beobachtung. Ein Student der Medizin machte während der Abwesenheit seiner Geliebten Gebrauch von den gefälligen Künsten einer Spezialistin in einem Bordell und vollzog mit ihr einen buccalen Geschlechtsakt. Am dritten Tage hatte er eine Gonorrhöe, die 14 Tage anhielt. Dieser Student, der zweifellos Sinn für wissenschaftliche Forschung hatte, nahm seinerseits dasselbe Manöver mit seiner Geliebten nach deren Rückkehr vor, aber dieser zweite Versuch hatte nicht dieselbe bedauerliche Folge wie der erste. Es handelte sich also nicht einfach um eine mechanische Reizung, sondern vielmehr um eine Infektion, die den Tripper, der sich an den ersten Koitus anschloß, hervorgerufen hatte. Übrigens hatte Horand auf Gonococcen gefahndet und ihr Vorhandensein auch festgestellt.

Im Jahre 1889 veröffentlichte Gutler einen durchaus positiven Fall. Eine Frau war durch Lecken angesteckt worden. Man sah eine sehr starke Stomatitis eintreten unter heftigen Schmerzen, begleitet von Geschwüren, Pseudomembranen, üblem Geruch, reichlichem Ausfluß und tatsächlichem weißen Fluß aus dem Munde. In den Pseudomembranen fanden sich bei der bakteriologischen Untersuchung zahlreiche Gonococcen vor.

Petit brachte 1899 einen analogen Fall zur Kenntnis und trat der Frage der verschiedenen Übertragungsmöglichkeiten näher, und zwar durch direkte Berührung mit dem Eiter, durch Weiterbeförderung des Eiters, durch Ausfluß von Flüssigkeit bei bereits bestehender gonorrhoischer Ophthalmie. Aber in den klinischen Eigenschaften stellte er keinen Unterschied von dem vorhergehenden Falle fest. Schwellung der Zunge, grauschwarze Flecke, übler Atemgeruch, lebhafter Schmerz und Vorhandensein von Gonococcen.

Ebenso sah Honnorat im Jahre 1899 bei einem jungen Manne drei Tage nach dem Lecken einen Tripper auftreten, dessen Ausfluß am zwölften Tage noch sehr reichlich war.

Und schließlich kommt noch Colombini mit seinem Fall, der 1901 einen schweren Mundtripper bei einer 42jährigen Spezialistin auf jenem Gebiete beobachtete. Die Symptome waren die gleichen. Sehr starke Schwellung, Geschwüre, mehr oder weniger abgerundete Flecke auf der Wangenschleimhaut, eitrige Absonderung, fadenziehend, übelriechend und Schwellung der Submaxillardrüsen.

Die neueste Mitteilung stammt von Jurgens (Presse médicale, 1904). Das Zahnfleisch war gerötet, mit grauschwarzem schmierigen Belag bedeckt, von üblem Geruch, das Epithel stieß sich ab. Die bakteriologische Untersuchung fördert Gonococcen mit Vincentschen Bazillen vereint zutage. Sublimatspülungen führen in ganz außerordentlich kurzer Zeit zur Heilung.

Diesen Beobachtungen dürfen wir noch den Fall, den Ménard 1889 mitteilte, anschließen. Es handelt sich um vier kachektische Tripperpatienten mit Orchitis und Arthritis, bei welchen sich eine ulzerös-membranöse Stomatitis einstellte, die man anfangs als eine Erscheinung von seiten der Kachexie ansah. Eine bakteriologische Untersuchung wurde nicht ausgeführt, allein nach den angeführten Tatsachen liegt wohl die Vermutung nahe, daß es sich um Mundtripper handelte.

Die angeführten Fälle betreffen nur Erwachsene, aber auch die Neugeborenen, besonders wenn sie bereits von Ophthalmie befallen sind, sind nicht weniger wie die Erwachsenen der buccalen Gonorrhöe ausgesetzt.

Ahlfeld hat die Aufmerksamkeit auf diese wichtigen Punkte gelenkt. Bei Kindern, deren zarte Schleimhaut er untersucht hat, fand er diese mit einem schmierigen Belag bedeckt, das Gaumengewölbe war durch gelbliche Borken verunreinigt, die reichliche Gonococcen aufwiesen. Die Krankheitsdauer beläuft sich in diesen Fällen auf ungefähr fünf Tage.

Im Jahre 1903 berichtete Kimball in New-York über acht Fälle von gonorrhoischer Allgemeininfektion, in Form von Pyämie. Man fand

Gonococcen im Blute und im Eiter und ohne daß eine Ophthalmie, eine Rhinitis oder Vulvitis vorlag, war die Infektion vom Munde ausgegangen.

Demnach also scheint der Mundtripper bei Neugeborenen doch relativ häufig aufzutreten und darf nicht übersehen werden, da diese Mundaffektion sich mit Pyämie komplizieren kann.

Gonorrhoea nasalis. Auch die Nasenschleimhaut ist durch ihre engen Beziehungen zum Auge und durch Berührungen, denen sie ausgesetzt wird, sehr stark von der Gonococceninfektion bedroht, aber man muß dabei in Betracht ziehen, daß bis jetzt die Fälle noch selten sind, in denen diese Lokalisation erschöpfend beobachtet worden ist.

So ist ihr Andrew Duncan im Jahre 1884 bei einem jungen tripperkranken Manne begegnet, der sich zum Schneuzen eines Taschentuches bedient hatte, an dem Eiter aus seiner Harnröhre haftete. Es stellte sich bei ihm ein Schnupfen von besonderer Form ein, den der englische Autor als Tripperschnupfen betrachtet. „An affection of the mucous glands in every respect ressembling to gonorrhoea."

Im Jahre X sah Forcade bei einem Geschlechtskranken einen außerordentlich starken Schnupfen auftreten und trat mit der Behauptung hervor, daß es sich um gonorrhoische Metastasen handle. Zur Heilung dieser Entzündung verwendete er, nach den therapeutischen Bräuchen jener Zeit, Ammoniakeinspritzungen in die Harnröhre, um dort die Eiterabsonderung anzuregen. Edwards (Edinburg) berichtete 1857 den Fall einer alten Dame, die das Taschentuch ihres tripperkranken Sohnes benützt hatte und einen außerordentlich starken Schnupfen mit gonorrhoischer Bindehautentzündung davontrug. Penzini empfahl 1878 nachdrücklichst zur Behandlung der Ozaena die Übertragung von Trippereiter auf die Nasenschleimhaut. Auf dieser käme es zu einer heftigen Infektion, welche, wie er sagte, die Heilung der Ozaena herbeiführen sollte.

Diese mannigfachen Beobachtungen scheinen, wenn auch nicht die Existenz, so doch wenigstens die Möglichkeit des Nasentrippers sicher zu beweisen. Indes haben die experimentellen Untersuchungen, die einige Autoren vornahmen, die klinischen Resultate nicht bestätigt.

Diday hat wenigstens acht- bis zehnmal den erfolglosen Versuch unternommen, einen Nasentripper durch Impfung zu erzeugen, indem er mit dem mit Trippereiter beschickten Finger die Nasenscheidewand einrieb. Ebensowenig erreichte Bonnière ein Resultat, der die Nasenschleimhaut mit einem Pinsel bestrich, der mit Augentrippereiter getränkt war.

Aus diesem Konglomerat positiver und negativer Tatsachen darf scheinbar nur der Schluß gezogen werden, daß der Nasentripper, beim Erwachsenen wenigstens, sehr außergewöhnlich und sehr selten, daß er

aber wohl möglich und der Erforschung bedürftig ist. Der Gonococcus allein hat übrigens die Lösung des Problems möglich gemacht und besonders durch systematische Untersuchungen der Nasenschleimhäute könnte das Vorkommen dieser örtlichen Erkrankung sicher festgestellt werden.

Da ist es vornehmlich eine Gruppe von Coryzaformen, die es verdient, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, wir meinen die Coryza der Neugeborenen. Bei Kindern kann ja das außerordentlich feine und zarte Epithel auch leichter geschädigt werden. Wir sind der Meinung, daß eine gewisse Anzahl von Coryzafällen, die man zwei oder drei Tage nach der Geburt auftreten sieht und deren Dauer unbegrenzt ist, wahrscheinlich gonorrhoischer Natur sind und daß das Kind im Augenblick der Geburt von der Mutter infiziert worden ist. Und weshalb soll man eine solche Pathogenese nicht gelten lassen, die ebensogut zu einer Coryza führen kann wie zu einer Ophthalmie? Und sind die Nasenhöhlen nicht mehr noch wie die Konjunktiven dazu geschaffen, von septischen Sekretionen befallen zu werden? Dieser Ansicht haben wir schon 1878 in der ersten Auflage unseres „Traité des maladies vénériennes" Ausdruck verliehen, sind damals aber nur allgemeiner Ungläubigkeit begegnet. Der Beweis läßt noch auf sich warten, er wird aber noch voll und ganz geliefert werden.

Nach de Stella ist Tripperschnupfen bei Neugeborenen sehr häufig. Dieser Autor hat oft zugleich Gonococcen in den kindlichen Nasensekreten und auf der mütterlichen Vulva gefunden. Er läßt zwei Übertragungsarten gelten, einmal die direkte Übertragung und dann den Ausfluß von Eiter einer Tripperophthalmie in die Nasenhöhlen.

Die Symptome sollten in einer Verstopfung der Nase durch reichliche Sekrete bestehen, ferner sollten sich Borken bilden aus eingetrocknetem Sekret, auch Geschwüre, Nasenschleim und Beeinträchtigung der Atmung, die die Patienten zwänge, den Mund offen zu halten.

Schließlich sollten sich zu der Ansteckung mit Gonococcen häufig sekundäre Infektionen hinzugesellen, die sich bis in die Lungen ausbreiten könnten, selbst Pyämie und Arthritiden hätte man beobachtet. Nichtsdestoweniger sind diese Komplikationen selten und die Voraussage des Tripperschnupfens ist eine günstige, wenn er sorgfältig behandelt wird.

Man macht Spülungen mit 2- bis 3prozentiger Protargollösung und im Anschluß an diese Einfettungen mit einer Bormentholsalbe oder eine Einblasung mit einem von Lermoyez angegebenen Pulver:

Rp. Argenti nitrici 0·15
Talci 10·0

Es würde uns nun zur Vervollständigung der Geschichte der abweichenden Tripperarten obliegen, uns auch mit der gonorrhoischen Ophthalmie zu befassen, die bei ihrer Häufigkeit und Schwere eine der wichtigsten dieser anormalen örtlichen Erkrankungen darstellt. Aber der ganz besondere Boden, auf dem diese Krankheit sich abspielt, trennt sie von denen, mit denen wir uns bisher beschäftigt haben, und wir schließen uns dem Brauche an, den Augenärzten das Studium und die Behandlung einer Erkrankung zu überlassen, welche mehr in ihr Gebiet schlägt, als in das der Ärzte für Geschlechtskrankheiten.

Literaturverzeichnis.

I. Gonorrhoea praeurethralis.

Lefort, Des follic. ureth. blenn. chez l'h. *Th. Paris,* mars 89 et *Ann. de Dermat.* 89, p. 987.

Touton, Blenn. des petites gl. du pénis. *Berliner klin. Wochenschrift,* p. 1303, 1889.

Fabry, Zur Frage der Gonorrhöe der para-urethralen und präputialen Gänge. *Mon. f. prakt. Dermat.* 1891, t. XIII, p. 1 et *Ann. de Dermat.*, p. 980, 1891.

Neumann, Divertic. de l'ur. *Wiener dermat. Ges.,* 19 mars 1890 et *Ann. de Dermat.,* p. 535, 1891.

Rosenthal, Double orifice de l'urètre, para-urétrite. *Berliner dermat. Ges.,* fév. 1893 et *Ann. de Dermat.* 1893, p. 467.

Audry, Les divertic. blenn. chez l'h. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1894.

Reichmann, Deux cas de blenn. des conduits para-urethr. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 49, Heft 2, 3, 1899.

Perkowski, Blenn. chr. d'un urethr. surnuméraire. *XIIIe Congrès intern. de méd.* Paris 1900, Sect. de chir. urinaire, *C. B.,* p. 379.

Pezzoli, Über Para-urethritis gonorr. *Festschrift Neumann* 1900, p. 684 et *Ann. de Dermat.,* p. 1022, 1901.

Swinburne, Report of cases showing unusual situations for the lodgment of the gonococcus. *J. of C. D.*, oct. 1890, p. 453 et *Ann. de Dermat.,* p. 1038, 1900.

Hallopeau et Lemierre, Sur une folliculite gonocc. *Bull. S. Dermat.* 1901, p. 46.

Lanz, Sur l'inf. blennorr. d. canaux préputiaux. *Arch. f. Dermat. u. Syph.,* LV, 1901, p. 202 et *Journ. des mal. cut. et syph.,* p. 669, 1901.

Malherbe, Blenn. vulvaire. Folliculites. *Gaz. méd. de Nantes* 1901, No. 28 et *Journ. des mal. cut. et syph.* 1901, p. 669.

Audry, Sur la paroi de quelques abcès blenn. du pénis. *Journ. des mal. cut. et syph.,* 1902, p. 416.

Etesse, Contrib. à l'ét. de la blenn. para-urethr. de la femme. *Th. Paris* 1902.

Baumer, Gonorrh. Erkrankung eines para-urethralen Ganges an der Raphe penis, ohne daß die Urethra an dem Prozeß beteiligt ist. *B. D. G.,* 6 janv. 1903, *D. Z.,* août 1903, p. 395.

Chatin et Druelle, Inf. gonocc. d'un cyste de la verge avec urétrite blenn. consécutive. *Progrès médical,* p. 55, 1903.

Couderc, Contrib. à l'ét. des follicul. et des diverticulités blennorrh. *Th. Montpellier* 1903.

Jesionek, Über Folliculitis gonorrhoica. *Arch. f. Dermat.,* av. 03, t. LXV, p. 3 et *Ann. de Dermat.* 1904, p. 287.
Neumann, Mal. spéciale du prép. et de la partie ant. du pénis. *Wiener dermat. Ges.,* 28 mai 1902 et *Ann. de Dermat.,* p. 779, 1903.
Paschkis, Sur les pertuis access. d. pénis. *Arch. f. Dermat. u. Syph.,* p. 323, t. LX et *Journ. des mal. cut. et syph.,* p. 191, 1903.
Queyrat, Grosse follicul. du sillon balano-prép. avec nombreux gonocc., sans exist. ni actuelle, ni antér. d'urétrite blenn. *Bull. S. Derm.* 1903, p. 230.
Sellei, Blenn. des canaux périuréthraux. *Mon. f. prakt. Dermat.,* 15 mars 1903 et *Ann. soc. Derm.,* p. 491, 1905.
Audry et Mazoyer, Tysonite blenn. ulcéreuse. *Bull. soc. Derm.,* p. 27, 1905.
Delépine, Folliculite gonoc. para-urethr. Urétrite secondaire. *Journ. d. sc. méd. de Lille* 1904, p. 373 et *Journ. des mal. cut. et syph.* 1905, p. 361.
Guilluy, Folliculite blenn. *Journ. d. sc. méd. de Lille* 1904, p. 415 et *Journ. des mal. cut. et syph.* 1905, p. 362.

II. Gonorrhoea ano-rectalis.

Frisch, Über Gonorrhoea rectalis. *Zentralblatt f. med. Wissenschaft* 1891, p. 954 et *Ann. de Dermat.,* p. 330, 1892.
Dock, Gonorrhée rectale. *Med. News,* 25 mars 1893.
Jullien, Considér. à propos de la blenn. ano-rect. chez la femme. *Festschrift Lewin* 1895.
Neuberger et Borzegki, Über Analgonorrhöe. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* t. XXIX, p. 335 et *Ann. de Dermat.,* p. 26, 1895.
Baer, Über die Rektalgonorrhöe der Frauen. *Deutsche med. Wochenschrift,* 20 fév. 1896 et *Revue des sciences méd.,* p. 609, 1896.
Griffon, Rectite à gonoc. *Ann. de Dermat. et Syph.* 1897, p. 945.
Huber, Über Gonorrhoea recti. *Wiener med. Wochenschrift,* Nr. 23 bis 24, 1898 et *Ann. de Dermat.,* p. 1316, 1896.
Troncay, Contrib. à l'ét. de la blenn. ano-rect. *Th. Nancy* 1898.
Jesionek, Analgonorrhöe. *Verhandl. der 71. Versamml. deutscher Naturforscher und Ärzte,* 21 sept. 1899.
Balzer et Alquié, Rectite à gonoc. *Bull. soc. Dermat.,* p. 199, 1900.
Doméjean, De la rectite blenn. *Th. Toulouse* 1900.
Jadassohn, Mastdarmgonorrhöe infolge von Inzision eines gonorrhoischen Pseudoabszesses. *Festschrift Neumann* 1900, p. 322 et *Ann. de Dermat.,* p. 396, 1901.
Karo, Zwei Fälle von Rektalgonorrhöe als Folge von Entleerung gonorrhoischer Eiteransamml. ins Rektum. *Berliner klin. Wochenschrift* 1901, Nr. 1, p. 401.
Brocq, Rectite prolifér. blenn. *Bull. soc. Dermat.,* p. 110, 1905.
Sturgis, Abcès du rect. cont. du gonoc., sans blenn. concomit. *Sem. méd.* p. 328, 1905.

III. Gonorrhoea buccalis et nasalis.

Horand, Blenn. p. succion. *Lyon méd.,* p. 279, t. L, 1885.
Cutter, Gonorrh. infection in the mouth. *New-York med. Journ.,* 10 nov. 1888.
Ménard, De la stomatite ulc. memb. chez les blenn. *Ann. de Dermat.* 1889, p. 679.
Delefosse, Sur un cas de blennorr., après succion de la verge, sans coït. *Journ. des mal. cut. et syph.,* fév. 1890.
Ahlfeld, Stomatite blenn. chez un nouveau-né. *Berliner klin. Wochenschrift,* Nr. 42, p. 941, 19 oct. 1906 et *Rev. d. sc. méd.,* p. 219, 1897.

Honorat, Contagion de la blenorrh. *ab ore. Lyon méd.*, p. 99, t. XCI, p. 529.
Jesionek, Ein Fall von Stomatitis gonorrh. *Deutsches Archiv f. klin. Medizin*, p. 99, t. 61.
Petit, La stomatite blenn. *Indép. méd.*, 14 déc. 1899.
De Stella, Rhinite blenn. chez les enfants. *Deutsche med. W.*, p. 16, 1899 et *Journ. des mal. cut. et syph.*, sept. 1899, p. 564.
Colombini, Un caso di stomatite gonoc. *Riforma méd.*, 14, 16, 17 aprile 1900.
Combalat, Nature et trait. de la blenn. buccale. *Rev. gén. de clin. et de thér.*, 15 janv. 1901, p. 37.
Kimball, Gonococcémie cryptogénique chez les nourissons. *Méd. Record*, 11 nov. 1903 et *Bull. méd.* 14 nov. 1903.
Vines, Cases of gonorrheal Gingivitis. *British med. Journ.*, 21 fév. 1903, p. 425.
Leyden, Blenn. bucc. des nouveau-nés. *Zentralblatt f. Gyn.*, 24 fév. 1904.
Jurgens, Stomatite blenn. chez un adulte. *Berliner klin. Wochenschrift*, 13 juin 1904 et *Ann. de Dermat.* 1905, p. 490.
Suarez de Mendoza, Des funestes conséquences de la Neisserose. *Archiv de méd. et de chir. spéciales*, fév. 1905, No. 2, p. 51.
Rosinski, Affect. gonorr. de la muqueuse buccale chez les nouveau-nés. *Zeitschrift f. Geburtsh.*, XXII, I.

Drittes Kapitel.

Tripper bei Kindern.

In der bereits recht alten Geschichte des Trippers hat uns das glückliche Erscheinen der bakteriologischen Lehren seit einigen Jahren die Handhabe geboten, ein völlig neues Kapitel zu erschließen, nämlich das des Trippers beim Kinde. Gewiß kannte man lange vor Neisser schon zahlreiche bei Kindern beobachtete Fälle von Harnröhrenausfluß, aber man legte ihnen keine Analogie, ja überhaupt keine Ätiologie zugrunde mit dem Ausfluß venerischen Ursprungs, wie er gemeinhin bei Erwachsenen auftritt.

So hatte Sanné Ausfluß im Verlaufe typhoiden Fiebers und von Parotitiden auftreten sehen, Martineau bei akutem Gelenksrheumatismus, auch kannte man den Harnröhrenausfluß, wie ihn bei Kindern gewisse Nahrungsmittel hervorrufen (Spargel, Rettige, Senf) oder auch manche Medikamente, wie Arsenpräparate (Rousseau Saint-Philippe).

Da handelte es sich dann eben um keinen Tripper, sondern um Urethritiden und es galt für die alten Kliniker fast als Axiom, daß bei Kindern kein Tripper auftrete.

Diese Ansicht hat heute keine Gültigkeit mehr, wo wir die Mittel in der Hand haben, mit Hilfe des Mikroskopes mit absoluter Sicherheit eine Gonorrhöe festzustellen, mit anderen Worten, den Ausfluß, der auf die Infektion mit Gonococcen zurückzuführen ist.

Die Fälle, wo Gonococcen in der Harnröhre kleiner Kinder gefunden wurden, sind gar nicht mehr zu zählen.

Die erste Beobachtung gehört Cseri und stammt aus dem Jahre 1885. 1890 berichtete dann Van Arnsdal über drei Fälle aus seiner Praxis. Ihm folgte kurz darauf Kammer und später Rosza, der 1893 den Harnröhrenausfluß von 14 Knaben im Alter von 15 Monaten bis zu 14 Jahren untersuchte und bei allen Gonococcen fand.

In den folgenden Jahren gelangten dann die neuen Fälle von Koplik und Moncorvo zur Kenntnis.

Schließlich konnten Bogdan und Immervoll, deren klinischer Scharfblick günstig beeinflußt wurde (es mag dies wenigstens zu denken

gestattet sein) durch eine Sittenverderbnis, die man ihren kleinen Landsleuten ganz besonders zum Vorwurf macht, in der Stadt Jassy allein 14 gonorrhoische Urethritiden bei Kindern feststellen. Als ich vor 20 Jahren die Sprechstunden im Hospital Trousseau auf der Klinik von Professor Lannelongue abhielt, wollte ich mir ein Bild davon verschaffen, wie viele Fälle von solchen Harnröhrenausfluß sich vorgestellt hätten, und ich konnte nur 5 davon auf 4000 Kranke ausfindig machen. Da waren zuerst zwei Urethritiden, die eine bei einem 11jährigen Kinde, die andere bei einem 13jährigen Burschen, einem Seilerlehrling, die mit echtem Tripper venerischen Ursprungs angesteckt waren. Die drei anderen Fälle betrafen Balanoposthitiden bei drei Kindern von 1, 6 und 9 Jahren, bei denen dieselben zu einem sehr reichlichen eitrigen Ausfluß Anlaß gegeben hatten.

Man muß sich natürlich hüten, dieses Verhältnis von 5 auf 4000 als genau anzunehmen, denn ich bin überzeugt, daß die Fälle heute ganz sicher zahlreicher sein würden. Aber so geht es ja immer, daß Fortschritte der Medizin eine neue nosologische Einheit schaffen, gestern kannte man sie noch nicht und heute schon trifft man sie allerorten. Es genügt eben nicht mehr, nur hinzublicken, um zu sehen, um erfolgreich zu beobachten, man muß dies nach einer zuverlässigen Schulregel tun, der Geist muß geschult werden und nur, wenn man systematisch nach den neuen Fällen sucht, wird man auch in der Lage sein, sie zu finden.

Für diese Arbeit ergibt sich eine ganz natürliche Einteilung, denn mehr noch wie beim Erwachsenen muß man die Gonorrhöe beim einen und beim anderen Geschlecht, bei Knaben und bei Mädchen gesondert betrachten. Der Tripper bei kleinen Jungen (Gonorrhoea infantium) ist häufig genug. Die ätiologischen Bedingungen der Erkrankungen indes sind außerordentlich verschiedenartige.

Man weiß ja, wie sehr beim Neugeborenen die Uebertragung erleichtert ist durch den innigen Kontakt des Kindes mit den Geschlechtsorganen der Mutter im Augenblick der Geburt. In den meisten Fällen aber zeigt sich der Katarrh in Form von Augen-, bisweilen auch von Nasentrippern. Die Geschlechtsorgane des Neugeborenen sind selten durch den Geburtsmechanismus infiziert.

In der ersten Kindheit wird die Gonorrhöe schon häufiger und dann spricht man gewöhnlich die mittelbare Übertragung als Ursache an.

Ein Kind zum Beispiel schläft im Bette des Vaters, der Mutter, der Pflegerin. Sind diese mit Gonorrhöe infiziert, so sind die Laken mit Eiter besudelt und das Kind wird durch Kontakt mit ihnen angesteckt. Öfter noch dienen Toilettengegenstände wie Schwämme und Handtücher dem pathogenen Agens als Vehikel. Der gleiche Schwamm,

der der Mutter zur intimen Toilette dient, dient auch der des Kindes und ebenso wird auch durch das Vaginalrohr der Mutter die Infektion gelegentlich übertragen. Die Aufzählung aller gegebenen mittelbaren Ansteckungsmöglichkeiten findet nur die eine Begrenzung, nämlich die unserer Einbildungskraft, der wir indes nicht weiter folgen wollen. Allein von Wichtigkeit ist es, im Auge zu behalten, daß eine Ursache alle anderen beherrscht, nämlich Elend und Überfüllung mit Menschen, die notgedrungen in ihrem Gefolge ist. Die Bedingungen, unter denen Familieninfektionen zustande kommen, treten allerdings selten in begüterten Familien in Erscheinung, dagegen häufig in solchen, wo sich aus der Armut die Promiskuität und der Mangel an hygienischer Sorgfalt herleiten.

Kann man in der Umgebung des Kindes den Ursprung der Erkrankung nicht auffinden, so wird man an zufällige Ansteckungen denken müssen, wie sie bei Ortsveränderungen und Reisen vorkommen. Als Typus mag der folgende Fall aus der alltäglichen Beobachtung dienen. Ein kleiner Junge verbringt einige Tage auf dem Lande bei Verwandten, wo man ihn aus Platzmangel im Bette bei einer Schwester oder Cousine schlafen läßt. Es handelt sich ja nur um ein Kind, es ist also nicht von Bedeutung. Aber die wesentlich ältere Schwester oder Cousine ist bisweilen ein bischen locker und hat bereits mehr als ein Abenteuer hinter sich, deren Folgen sie auf das Kind überträgt.

Sehr oft auch findet die mittelbare Ansteckung in der Schule statt und wie vielen verdächtigen Berührungen setzt nicht die Schulstube, wo es von Hunderten von Kindern wimmelt, die Schulkinder aus! Dem nicht zu entgehenden gemeinsamen Gebrauch von Leinenzeug und Badegelegenheiten muß auch hie und da die Schuld beigemessen werden.

In der späteren Kindheit sieht man die Bedingungen für die Ansteckung mit dem Alter wechseln. Da ist der Tripper dann noch keine eigentliche Geschlechtskrankheit, aber er ist doch die Folge gewisser Akte von Übermittlung, könnte man sagen, deren Bedeutung sich mehr und mehr hervorheben wird, bis zu dem Tage, wo sich das Geschlechtsleben erschließt und wo der Geschlechtsakt im eigentlichen Sinne vollzogen wird, der ja beim Erwachsenen die gewöhnliche Ursache für die Gonorrhöe darstellt.

Da sind, wenn wir den Dingen in ihrer natürlichen Anordnung folgen, zuerst die Fälle, wo das Kind noch unbewußt bisweilen infektiösen Berührungen von seiten älterer Personen ausgesetzt wird. Die Organe stehen in der Entwicklung und junge Mädchen und Frauen, deren Obhut das Kind anvertraut ist, finden ein mehr oder weniger unschuldiges Vergnügen an gewissen Spielereien und gewissen Liebkosungen. Man denke nur an die Geschichte der Erzieherinnen Gargantuas:

*) «. . . ce petit paillard toujours tâtonnait ses gouvernantes, sans dessus dessous, sans devant derrière, harri bourriquet; et déja commençait à exercer sa braquette. Laquelle un chaque jour ses gouvernantes ornaient de beaux bouquets, de beaux rubans, de belles fleurs, de beaux flocquards et passaient leur temps à la faire revenir entre leurs mains . . .

Puis s'éclataient de rire quand elle levait les oreilles, comme si le jeu lui eût plu. L'une la nommait: ma petite dille, l'autre ma pine, l'autre ma branche de corail, l'autre mon bondon, mon bouchon, mon vilebrequin, mon pressoir, ma tarière, ma pendilloche, mon rude ébat roide et bas, mon dressoir, ma petite andouille vermeille, ma petite couille bredouille.

Elle est à moi, disait l'une: c'est la mienne, disait l'autre. Moi, disait l'autre, n'y auray-je donc rien? Par ma foy, je la couperay doncques! Ha! couper, disait l'autre, vous lui feriez mal, Madame, coupez-vous la chose aux enfants? Il serait Monsieur sans queu.»

Ähnliche Spielereien finden sich zu allen Zeiten und man beachte wohl, daß unsere Pflegerinnen ihre Vergnügungen kaum geändert haben dürften seit der Zeit, in der der humorvolle Curé von Meudon lebte.

In einem etwas weiter vorgeschrittenen Alter muß man schon mit bewußteren Akten rechnen, Spielereien, welchen sich die Kinder an der Schwelle der Geschlechtsreife hingeben und die ich als kleine Schamverletzungen bezeichnen möchte. So sieht man Jungen scheinbare Geschlechtsakte versuchen. Barthélemy, ein Assistent von „Enfants-Malades" hat den Fall eines kleinen 13jährigen Mädchens berichtet, die ihren Tripper auf einen kleinen 6jährigen Knaben übertrug, dessen Glied sie in ihre Vulva eingeführt hatte. In einem anderen Falle von Tillmann hatte ein kleines Kindermädchen von 15 Jahren mit ihrem weit älteren tripperkranken Brotherrn Unzucht getrieben. Sie wiederum tat desgleichen mit dessen Kinde und teilte diesem ihren Tripper mit.

In anderen Fällen haben sich kleine frühreife Jungen, die sich aber der Verantwortung doch schon mehr bewußt waren, mit vollem Bewußtsein vorzeitigen Beischlafsversuchen hingegeben. In Paris sieht man kaum erwachsene Jungen in die Spezialistensprechstunden kommen, mit dem stolzen Ersuchen, ihren Tripper zu behandeln. Die Tatsache allein, daß sie sich so mir nichts dir nichts an dem Orte vorstellen, wo Geschlechtskrankheiten zur Behandlung gelangen, spricht zur Genüge dafür, daß sie den Ursprung ihrer Krankheit wohl kennen.

In manchen Ländern, besonders in heißen Klimaten, sind diese Erscheinungen noch viel häufiger. Man beobachtet sie dauernd in Algier, in Tunis und Südamerika. In Madagaskar haben die Schüler der Knabenschulen insgesamt ihre Geliebten in der nahen Mädchenschule und die

*) Ich gebe den drastischen Urtext Rabelais' wieder und verweise auf die Übertragungen des Gargantua und Pantagruel von G. Regis 1832 bis 1842 und von F. A. Gelbcke 1880. Pantagruel. Erstes Buch. Verdeutscht von Engelbert Hegauer und Dr. Owlglass. München 1907. Der Übersetzer.

Lehrer müssen ihre Anstrengungen allein darauf beschränken, dafür Sorge zu tragen, daß sie nicht allzuoft wechseln.

Beendigen wir diese Ätiologie, indem wir an jenen Volksaberglauben erinnern, der heute noch in Blüte steht und demzufolge man sich von einer Geschlechtskrankheit befreien kann, wenn man mit einer jungfräulichen Person den Beischlaf vollzieht. So sind auch mehrere Fälle berichtet worden, wo die Ansteckung die Folge dieses abscheulichen Aberglaubens war.

Die Gonorrhöe bei kleinen Knaben zeigt in jeder ihrer Perioden eine gewisse Anzahl von klinischen Eigenschaften, die nur ihr eigen sind und durch welche sie sich von der der Erwachsenen unterscheidet.

Die Inkubation dauert zuweilen sehr lange, denn beim Kinde bedeckt die Vorhaut die Eichel vollständig und verleiht ihr somit einen Schutz. Daher bedarf es einer gewissen Zeit und wiederholter Berührungen, damit die Gonococcen diese Schranke überschreiten. In einer Beobachtung von Uteau entgingen mehrere kleine Jungen der Ansteckung durch einen tripperkranken Bengel, wobei sie wahrscheinlich durch ihre Vorhaut geschützt wurden. Ist die Vorhautöffnung jedoch einmal überschritten, so kommen dieselben anatomischen Bedingungen der Infektion zustatten, denn ebenso wie sie der Eichel zum Schutze dient, tut sie es auch den Gonococcen. Diese entwickeln sich unter diesem schützenden Dach und häufig, wie Uteau, Bogdan und Immervoll dies wahrnahmen, geht der Urethritis eine Balanoposthitis voraus.

Und wie die gonorrhoische Urethritis bei kleinen Jungen wegen der langen Inkubationszeit nur allmählich in Erscheinung tritt, so läßt sie sich nach ihrem Auftreten auch nur langsam feststellen.

Und in der Tat sehen wir die Erkrankung, sei es bei Kindern, die einem Sittlichkeitsdelikt zum Opfer fielen und noch zu klein sind, um ihre Klagen deutlich auszudrücken, oder im Gegensatz dazu, bei schon älteren Kindern, die im Bewußtsein, sich unerlaubten Freuden hingegeben zu haben, ihr Verfehlen noch dadurch verschlimmern, daß sie mit ihrem Geständnis bis zum äußersten warten, in der Hoffnung, der Bestrafung zu entgehen. Daher tut man stets besser, im Falle von Schamverletzungen, anstatt die Kinder einzuschüchtern, ihnen Verschwiegenheit zuzusichern.

Diese Ursachen bedingen es oft, daß der Tripper bei kleinen Jungen zufällig zur Entdeckung und zur Diagnose gelangt, wenn er schon in vollster Blüte steht. Und was bekommt man dann zu sehen?

Zuerst bietet einmal die Eichel einen ganz besonderen Anblick dar oder vielmehr der Meatus, der gerötet und angeschwollen ist und dessen Lippen verdickt sind und geschwollen erscheinen. Diese Verhältnisse lassen sich auch zuweilen bei Erwachsenen beobachten, aber

beim Kinde sind sie konstanter und auch mehr betont. Manchmal kommt es sogar zu einem tatsächlichen Ektropion der Urethralschleimhaut.

Das charakteristische Merkmal ist jedoch wie bei jeder Gonorrhöe der Ausfluß, der, wie beim Erwachsenen, auch beim Kinde reichlich ist, die Wäsche beschmutzt und längere Zeit anhält. Diese Einzelheiten aber sind beim Kinde von großer Wichtigkeit, weil sie die Aufmerksamkeit auf sich lenken und das Erkennen einer Gonorrhöe ermöglichen, die bis dahin unbemerkt bestanden haben kann.

Der Schmerz, der beim Erwachsenen in seiner Intensität so wechselnd ist, ist beim Kinde immer lebhaft, bisweilen sogar außerordentlich stark, so stark, daß er den Kindern den Schlaf raubt und Harnbeschwerden nach sich zieht. Häufig genug beobachtet man auch Harnverhaltungen, die jedoch keine echte Harnverhaltung darstellen, sondern die auf die Anstrengungen zurückzuführen sind, welche der kleine Patient macht, der den Urin anhält und ihn wegen der damit verbundenen Schmerzen nicht lassen will. In der Familie ist man gewöhnlich gerade über diese Erscheinung sehr beunruhigt, da man ihr eine ganz besondere Bedeutung beimißt. In Wirklichkeit braucht man keine ernsthaften Befürchtungen zu hegen, denn früher oder später entlastet sich das Kind doch schließlich, es läßt seinen Urin wider Willen, wenn es zu Stuhl geht, und will man die Besorgnis der Eltern absolut beruhigen, so dürfte es genügen, ein Abführmittel zu verordnen, den Stuhlgang und mit ihm zugleich die Harnentleerung hervorzurufen. Seltener gibt die Gonorrhöe Veranlassung zu Inkontinenz, wobei die Kinder dann einen häufigen Drang verspüren, den Harn aber nicht zu halten vermögen und sich in die Hosen pinkeln.

Die schmerzhaften Erektionen, dieses so peinliche Symptom bei Erwachsenen, sind beim Kinde begreiflicherweise sehr selten und man bekommt sie selbst bei älteren kaum zu sehen.

Man sieht also alles in allem sämtliche klassischen Symptome beim Kinde auftreten, allerdings etwas verwandelt, mit einem besonderen Gepräge.

Ebenso verschieden ist der Verlauf der Erkrankung. Er zieht sich länger hin, niemals unter fünf, ja selbst bis zu sieben Wochen. Nicht selten sieht man sogar Kinder monatelang mit Ausfluß und diese Hartnäckigkeit der Erkrankung findet ihre Erklärung in den Schwierigkeiten der Behandlung, die fast zur Unmöglichkeit wird bei den kleinen Dimensionen der Organe und bei dem schwachen Kaliber der Harnröhre.

Außerdem können Komplikationen den Verlauf noch erschweren oder doch in die Länge ziehen. In den ganz akuten Fällen sind alle Gewebe des Gliedes an dem Entzündungszustande beteiligt und schwellen ödematös an, wobei die Vorhaut stark anschwillt und es unmöglich

ist, die Eichel zu sehen. Diese unreponierbare Phimose kompliziert sich nicht selten mit einer Balanitis unter reichlicher Eiterabsonderung und man kommt dann in die größte Verlegenheit, um festzustellen, woher der Eiter eigentlich kommt, um sich darüber klar zu werden, ob er von der Eicheloberfläche oder aus der Harnröhre stammt.

Über die Lymphanguitis verdanken wir Isaac Mitteilungen. Auch Orchi-Epididymitis hat man auftreten sehen, die wie beim Erwachsenen auch doppelseitig sein und später durch Atrophie der Genitaldrüsen Sterilität im Gefolge haben kann. Je früher vor der Pubertät diese Atrophie zustande kommt, desto stärker sind die Entwicklungsstörungen, die dem Eunuchismus sein Gepräge verleihen.

Auch Zystitis ist nicht eben selten. In dem oben angeführten Falle von Barthélemy kamen die Eltern in die Sprechstunde, weil ihr Kind alle Augenblicke Pipi machen mußte, sich häufig meldete, um die Schulklasse zu verlassen, und sämtliche Zwischenpausen auf dem Abort zubrachte. Das Kind litt an einem Blasenkatarrh als Folge einer gonorrhoischen Urethritis, wobei die häufigen Miktionen in der Tat nicht selten das einzige Symptom darstellen. Hämorrhagien kommen selten vor.

Selten sind ferner auch rheumatische Komplikationen. Allerdings hat Husson bei einem Kinde eine gonorrhoische Synovitis an der Handwurzel gesehen. Die bedauernswerten kleinen Jungen, die mit Tripper behaftet sind, sind in gleicher Weise wie die Erwachsenen Strikturen ausgesetzt, die sich bei ihnen häufig sehr früh schon einstellen, schon vom Beginn der akuten Periode an und die mit außerordentlicher Geschwindigkeit einen recht ausgesprochenen Charakter annehmen. In einem Falle von Kammerer hatte ein Kind von fünf Monaten infolge Trippers eine sehr enge Striktur, die eine Blasenpunktion notwendig machte. Die Ophthalmie fordert auch nicht weniger unsere ungeteilte Besorgnis heraus, und das umsomehr, als man einem Kinde nicht ebenso wie einem Erwachsenen die unumgänglich notwendigen Vorsichtsmaßregeln klarmachen kann. Da liegt es in der Hand der Eltern, zweckmäßig vorzugehen, um ein wachsames Auge auf solche Infektionen zu haben. Diese müssen auf jeden Fall und mit allen Mitteln vermieden werden, und zwar nicht nur die Selbstinfektionen der Kinder, sondern auch die, wobei Kinder mit einem bereits Erkrankten in Berührung kommen können. Die folgende Beobachtung berichtet Uteau. Ein 7jähriges Kind wurde von seiner Mutter angesteckt und übertrug die Krankheit auf seine 10jährige Schwester, die ihrerseits wieder ihren 5jährigen Bruder infizierte. Das erste Kind, also das 7jährige, hatte außerdem noch eine Orchitis.

Die lange Dauer dieser Urethritiden begünstigt ihr Chronischwerden. So haben mehrere Autoren, unter ihnen auch Immervoll, die goutte militaire bei minderjährigen Kindern feststellen können.

Vom diagnostischen Standpunkt ist es zu beachten, daß man den Gonococcus nicht allen Harnröhrenausflüssen zur Last legen darf, die bei Kindern vorkommen. Auch sie können, wie Erwachsene, bloße Urethritiden haben, die man von echten Trippern wohl zu unterscheiden wissen muß.

Solches sind beispielsweise Urethritiden chemischen Ursprungs. So haben Bokai und Isaac gewisse Urethritiden bei Kindern beobachtet, die sie auf übermäßige Anhäufung von Harnuraten zurückführten. Dieser Gegenstand hat zwischen Bokai und Rona eine sehr lebhafte Diskussion gezeitigt, in Wirklichkeit aber ist diese Frage noch gar nicht entschieden und wird auch nur durch neue, einer strengen Kontrolle unterworfene Tatsachen endgültig geklärt werden können.

In anderen Fällen handelt es sich um bazilläre Urethritiden, deren Ursache jedoch keine Gonococcen darstellen. Kolibazillen, Staphylococcen und Streptococcen können ihren Weg in die Harnröhre finden und dort als Saprophyten längere oder kürzere Zeit am Leben bleiben, bis plötzlich im gegebenen Augenblick ihre Virulenz infolge irgendeiner Gelegenheitsursache den Höhepunkt erreicht, worauf sie dann einen Entzündungsprozeß hervorrufen können.

Diese verschiedenen Urethritiden bazillärer oder nicht bazillärer Natur zeigen übrigens keine genügend ausgeprägten Eigenschaften, um die Möglichkeit zu bieten, sie klinisch von der Gonorrhöe zu unterscheiden. Die Diagnose bleibt immer noch dem Laboratium vorbehalten mit Hilfe des Mikroskopes, um das Vorhandensein von Gonococcen im Ausfluß festzustellen. Die Gramsche Untersuchungsmethode und die Anlegung von Kulturen allein vermögen eine absolute Sicherheit zu gewähren.

Wir haben oben den Schwierigkeiten bei der Behandlung die lange Dauer der Erkrankung zugeschoben. Aus den oben bereits betonten Gründen ist es überhaupt fast unmöglich, bei Kindern eine rationelle Behandlung einzuleiten. Indessen wird man, wenn auch ohne große Hoffnung auf Erfolg, Einspritzungen versuchen können mit Kaliumpermanganatlösung oder mit Airolemulsion von 1 : 10. In den meisten Fällen wird man sich allerdings mit der internen Behandlung abfinden müssen, indem man Natriumbikarbonat oder Balsamika gibt oder Opiate, Terebinthensirup und Kreosotal.

So schwierig es ist, diese Gonorrhöen zu heilen, so leicht ist es, sie durch gute Prophylaxe zu vermeiden. Man muß es sich angelegen sein lassen, für häufige Bäder bei den Kindern Sorge zu tragen und

ihre Geschlechtsorgane in einem Zustande allerpeinlichster Sauberkeit zu halten, wobei alle Arten von Erythemen und Ekzemen zu vermeiden sind ebenso wie Pruritus der umgebenden Teile. Man hat auch der Beschneidung das Wort geredet und sicher hat sie ihre Vorteile, aber ebenso auch ihre Nachteile, denn sie erleichtert auf der einen Seite die hygienischen Maßnahmen und beraubt auf der anderen Seite die Harnröhre ihres bedeckenden Schutzes. Die beste Prophylaxe bleibt immer die moralische und soziale. Ansteckungen kleiner Kinder werden mehr und mehr zurückgehen, Hand in Hand mit der Verbesserung der materiellen Lebensbedingungen der ärmeren Volksklassen, die man mit gesunden Wohnungen zu versorgen hat und mit Wohnräumen, die Platz genug bieten, um der Ueberfüllung und Promiskuität zu begegnen. Dann wird auch die Sittenlosigkeit, die alles in allem die Ätiologie des Trippers bei Kindern beherrscht, verschwinden und aus der materiellen Hygiene wird dann auch die soziale hervorblühen.

Bei kleinen Mädchen ist der Tripper, abgesehen von seinem Interesse, das er wie jede neue Errungenschaft der Pathologie darbietet, auch noch interessant von einem weniger wissenschaftlichen Standpunkt, der aber von bemerkenswerter praktischer Wichtigkeit ist.

Vor wenigen Jahren noch bezeichnete man landläufig den Tripper bei kleinen Mädchen als forensische Vulvitis, weil man keine andere Ursache für diese Erkrankung bei Kindern gelten ließ als strafbare Handlungen, kurz also Sittlichkeitsdelikte. Noch von 1873 datieren die folgenden Zeilen, die Tardieu über diese Frage schrieb: „Ich zögere nicht, es auszusprechen, daß einfache oder nachdrückliche Berührungen der Geschlechtsteile bei kleinen Mädchen von seiten eines durchaus gesunden Mannes, der in jeder Beziehung frei ist von jeglicher übertragbarer Krankheit, eine ebenso akute, eine ebenso heftige Entzündung, einen reichlichen und einen ebenso konsistenten Ausfluß hervorzurufen vermögen, wie die Betastung durch ein mit Tripperausfluß oder irgendeiner anderen ansteckenden Krankheit behaftetes Individuum.“ Damals war die Verwirrung unumgänglich, denn man wußte eben noch nicht, daß die Gonorrhöe ihre Ursache einem pathogenen Agens verdankt, das unter den verschiedensten Bedingungen übertragbar sein kann. Schon das Auftreten von eitrigem Ausfluß an den Geschlechtsorganen bei einem kleinen Mädchen genügte, um unmittelbaren Verdacht zu erwecken, und wollte es der unglückliche Zufall, daß irgendein sonst ehrenwerter Mann solchem Kinde ein Interesse oder gar eine Zuneigung entgegengebracht hatte, die die Einbildungskraft womöglich in einem anderen Lichte erscheinen ließ, so fehlte nicht viel, um diese Verdachtsmomente in Gewißheit zu verwandeln und einen Schuldlosen unter beschimpfende Anklage zu stellen.

So berichtet Parcival Pott den Fall eines jungen Burschen, mit dem es schon so weit war, daß er die Todesstrafe erdulden sollte für ein ihm zur Last gelegtes Sittlichkeitsverbrechen, der angeblichen Ursache einer Vulvitis, und der nur allein durch den Umstand gerettet wurde, daß noch andere Fälle vorgekommen waren, wo man die Schuld einem ähnlichen Ursprunge nicht beizumessen vermochte.

Astley Cooper sprach es 1824 schon furchtlos aus, daß eine nicht geringe Zahl von Menschen jährlich als Opfer ähnlichen Irrtums gehängt würde.

Ist mit der Entdeckung des Gonococcus heute auch jene wissenschaftliche Irrlehre in Vergessenheit geraten, die Irrtümer vor Gericht, die ihre Folge waren, sind leider nicht wieder gutzumachen.

Auch die Geschichte der Medizin hat ihre Philosophie und hätte man nicht lange schon den Nachweis erbracht, daß menschliche Gerechtigkeit hinkend und blind ist, so könnte die Geschichte des Trippers bei kleinen Mädchen zum klaren Beweise dafür dienen.

Möchten solche Fehlgriffe wenigstens für uns nicht allein ein Gegenstand der Schande sein, sondern auch zugleich eine Lehre für die Zukunft.

Wie bei Knaben nehmen die Berichte über Tripper auch bei kleinen Mädchen seit seiner genaueren Erforschung an stets wachsender Häufigkeit zu. In meiner vorerwähnten Statistik aus dem Hospital Trousseau, die von 20 Jahren herrührt, habe ich nur 8 Fälle unter 4000 Kranken finden können, 5 davon waren einfache leichte Urethritiden, verbunden mit Vaginitis, 1 hatte Onanie als Ursache und 1 unsittliche Betastungen.

Betrachtungen über die Ätiologie werden uns nicht lange aufhalten, denn wir würden uns nur veranlaßt sehen müssen, das zu wiederholen, was wir schon gelegentlich der Gonorrhöe bei Knaben gesagt haben.

Beim Neugeborenen kommt ja noch die Ansteckung durch die Mutter im Augenblick der Geburt in Frage, wobei sich die Infektion ebenso gut auf die Vulva ausbreiten kann wie auf Nase und Augen.

In der frühesten Kindheit begegnen wir dann wieder der Ansteckung durch mittelbare Kontagien, deren Zwischenträger wieder das Bett des Vaters, der Mutter oder der Pflegerin ist, sowie ferner Handtücher, Schwämme und alle nassen Gegenstände, die dem gemeinsamen Gebrauche dienen. Nicht vergessen dürfen wir auch die Epidemie, die Weil und Barjon in der Charité in Lyon beobachteten und die ihre Ursache in Thermometern hatte, deren Antisepsis schon genügend gesichert zu sein schien durch Waschungen in Karbolwasser und durch

Einfettungen mit Borvaseline. Man sollte Salzsäure als Desinfiziens verwenden, um solchen Ansteckungen ein Ende zu machen.

In Posen breitete sich eine Reihe von gonorrhoischen Vulvitiden bei kleinen Mädchen aus, die sich in der nämlichen Badeanstalt zusammenfanden. Später finden wir dann bei Mädchen wie bei Knaben die direkte Ansteckung durch mehr oder weniger ausgesprochene Schamverletzungen sowie durch versuchten oder tatsächlichen Koitus.

Der Kernpunkt in dieser Ätiologie jedoch, den wir uns dauernd vergegenwärtigen müssen, ist die Häufigkeit der mittelbaren Ansteckungen, deren weitgehende medico-legale Bedeutung wir eben dargetan haben, nachdem sie, vor kurzem noch unbekannt, durch die bakteriologischen Entdeckungen unserer Zeit ins rechte Licht gerückt ist. Man kann es wohl aussprechen, daß diese Wissenschaft in dem von ihr berührten Teile der gerichtlichen Medizin eine tatsächliche Umwälzung hervorgerufen hat.

Wenn bei beiden Geschlechtern die Ursachen, die bei Kindern das Eindringen von Gonococcen in die Geschlechtsorgane bedingen, unverkennbar die gleichen sind, so liegen bei Mädchen doch besonders verwickelte anatomische Verhältnisse vor, die die Prädisposition noch vergrößern. Die betreffende Körpergegend ist stets erhitzt, feucht, uneben und nur schwer in einem Zustand entsprechender Sauberkeit zu halten, sogar bei weitgehendster Sorgfalt. Daher finden die Gonococcen dort auch alles für sich vorbereitet, sozusagen ein Terrain für eine humanisierte Kultur, das ihrer Entwicklung ganz besonders günstig ist. Nimmt man noch hinzu, daß es in den ärmeren Klassen nicht nur an peinlicher Sorgfalt mangelt, sondern sogar selbst an der elementarsten Sauberkeit, so können allerdings diese Körperteile, die die Alten die heiligen nannten, zu wahren Tummel- und Brutplätzen für die verschiedenartigsten Keime werden.

In der sehr sorgfältigen psychologischen Kinderstudie, wie es „La Maternelle“ von Léon Frapié ist, berichtet der Autor von einem Kinde, dessen Schwester von einem seiner Kameraden schwer mißhandelt worden war, folgenden Ausspruch: „Il lui a fouttu un coup de pied dans le livarot“, ein recht eigenartiger und bildreicher Ausdruck unserer Vorstädte, dem man bedauerlicherweise nicht einmal den Vorwurf eines zu großen Übermaßes von Realismus machen kann und der nur fühlbar die ekelhaften Ausdünstungen heraufbeschwört, das allzu häufige Resultat der Unterlassung gewisser hygienischer Sorgfalt.

Alle von uns soeben aufgezählten Umstände sind nur prädisponierende und Gelegenheitsursachen. Die bestimmende Ursache für solche Vulvitiden bei kleinen Mädchen ist die Infektion, fast ausschließ-

lich die Infektion mit Gonococcen. Fälle, wo den Gonococcen keine Schuld zufällt, sind ganz außerordentlich selten. Bruch hat den Coccus 20mal unter 21, Cassel 24mal unter 30 Fällen nachgewiesen.

Zum klinischen Studium der Vulvitiden könnten wir auch noch die an einem jeden Teile des Genitalapparates auftretenden Erscheinungen prüfen, aber in Wirklichkeit pflanzt sich die Gonorrhöe doch nur durch den Ausfluß fort oder durch einen weißen cremeartigen Belag, der wenig Unterschiede von dem bietet, wie er bei Erwachsenen vorkommt. Eine allgemein gültige Beschreibung ist eben zu schwierig, zumal diese Vulvitiden in ihrem Verlaufe so erheblich voneinander abweichen.

Doch kann man drei verschiedene Gruppen unterscheiden.

Die Vulvitis simplex, die ihre Ursache in Unsauberkeit hat, in Beschmutzung durch Staub bei ungenügend bedeckender Kleidung oder auch in Masturbation. Bei diesen Formen erkrankt die Harnröhre nicht mit.

Die Vulvitis catarrhalis, bei der Harnröhre und Scheide ansteckend sind und wo man, um mit Epstein zu reden, fünf Mikrobenarten finden kann neben den kulturell leicht zu züchtenden Diplococcen.

Schließlich die Vulvitis gonorrhoica, die sich besonders in der Vulva abspielt, bei der aber auch die Harnröhre manchmal gleichsam allein ergriffen ist, wobei der Meatus dann einen schwammigen Anblick darbietet. Manchmal wieder ist die Scheide ihrerseits befallen und, von einigen seltenen Ausnahmen abgesehen, bleibt auch der Uterus intakt. Doch hat Young zwei Fälle gesehen, wo der Zervikalkanal in Mitleidenschaft gezogen war, was übrigens keine beängstigenden Folgen nach sich zieht, ja man kann diese örtlichen Erkrankungen sogar unbeachtet lassen, selbst dann, wenn man daselbst Gonococcen angetroffen hat.

Was aber die Schwere der Gonorrhöe bei kleinen Mädchen ausmacht, das sind die zahlreichen Komplikationen, denen sie Raum gibt und von denen einige sogar den Tod nach sich ziehen können.

Wie auch bei Erwachsenen, kann die Ausbreitung des gonorrhoischen Prozesses Zystitis hervorrufen, Bartholinitis, Salpingo-Ovariitis und Peritonitis.

Die Zystitis verrät sich wie gewöhnlich durch die Häufigkeit der Harnentleerungen und das trübe Aussehen des Urins.

Die Bartholinitis bietet in ihren Symptomen keine Besonderheiten dar, nur in einem Falle Javals bestand solche Bartholinitis neben einer eitrigen Otitis. Bei der Entzündung der Adnexe soll man nicht wie bei Erwachsenen durch vaginale Untersuchung, sondern durch kombinierte Rektalpalpation nach dem Vorschlage Charpentiers untersuchen. Diesem gelang es, durch diese Methode bei einem dreijährigen kleinen Mädchen eine Adnexentzündung nachzuweisen. Solche frühzeitige Schädigungen, die noch in die Kinderzeit fallen, sind vielleicht

öfter als man glaubt die eigentliche Ursache der Unfruchtbarkeit mancher Frauen.

Die Peritonitis ist eine viel schwerere Nacherkrankung, deren Wichtigkeit immerhin groß genug ist, um eine besondere Betrachtung notwendig erscheinen zu lassen.

Wir werden sofort auf diese Komplikation wieder zurückkommen, wollen aber für den Moment hier nur betonen, daß ihr Auftreten sich durch Frostschauer ankündigt, durch Kopfschmerz und Erbrechen in Verbindung mit Schmerzgefühl im Abdomen, das spontan sowie auch durch Palpation des Bauches hervorgerufen werden kann. Kommt sie zur Heilung, so gibt die Peritonitis noch lange Zeit hindurch Anlaß zu Störungen im Abdomen und ihre Folgen machen sich selbst noch beim Erwachsenen fühlbar. Nach Le Clercq soll sie auch der Ursprung von essentiellem Aszites sein.

Die Häufigkeit des Auftretens von Peritonitis im Verlaufe von Gonorrhöen bei kleinen Mädchen ist sehr verschieden. So wurden bei der Leydener Epidemie von acht kleinen Mädchen zwei von dieser Komplikation befallen, die in einem Falle sogar eine allgemeine war, aber schließlich doch noch zur Heilung führte.

Die gonorrhoische Allgemeininfektion bietet wie beim Erwachsenen Anlaß zu Ostitiden, die Epstein zuerst beschrieb und die nach Destourny echten Rheumatismus oder auch Osteomyelitis vortäuschen können. Cottignie hat bei einem fünf Monate alten Kinde eine Entzündung im Handwurzel- und Fußgelenk gesehen, die er auf Gonococcen zurückführte.

Auch eine andere Nebenerkrankung wollen wir noch erwähnen, die bei der Allgemeininfektion auftreten kann, und zwar eine schwere, die aber bei ihrem seltenen Vorkommen doch von großem Interesse ist, nämlich die Erytheme, die makulös oder rubeoliform sein können und die Noln zweimal gelegentlich einer kleinen Epidemie zu sehen bekam.

Die verschiedenen Komplikationen, die wir soeben durchmustert haben, sind glücklicherweise immerhin selten und werden demgemäß die Prognose nicht wesentlich trüben. Letztere jedoch ist schon ernst genug bei der langen Dauer der Erkrankung, die sich nach Bouvy bei Fällen mit gonococcenfreiem Ausfluß auf 38 Tage beläuft und mit 66 Tagen die doppelte Zeit beansprucht, wenn Gonococcen vorhanden sind.

Die Diagnose bietet im allgemeinen geringe Schwierigkeiten, denn der vorhandene Ausfluß und seine bakteriologische Untersuchung stellen sie sicher. Durch Janets Uterus-Endoskop kann man sich auch Klarheit verschaffen über die Ausdehnung der Schädigungen und über die Ausbreitung der Infektion auf der Uterusschleimhaut.

Die Vaginitis, die durch Unsauberkeit und durch Oxyuren bedingt wird, könnte irrtümlicherweise für eine Gonorrhöe gehalten werden, wenn nicht in diesen Fällen, wie Odilon und Martin es beobachtet haben, die Harnröhre von der Erkrankung unberührt bliebe. Ist infolge der Behandlung der Ausfluß beseitigt und scheint die Gonorrhöe ausgeheilt, so gibt es ein gutes Kontrollverfahren, das in der Einspritzung von destilliertem Wasser in die Scheide besteht, wobei die Gonococcen wieder mobil werden, wenn die Heilung eine unvollkommene ist.

Hauptsächlich jedoch vom medico-legalen Standpunkt hat die Diagnose der Gonorrhöe bei kleinen Mädchen eine ganz bedeutende Wichtigkeit wegen der so außerordentlich schwerwiegenden Folgen, welche, wie wir gezeigt haben, in solchen Fällen ein Irrtum nach sich ziehen kann. Vorsicht, wieder Vorsicht und noch einmal Vorsicht! betont Comby bezüglich dieser Diagnosenstellung. Die Entzündung der Harnröhre ist immer das belastende Anzeichen, das die Gonorrhöe aber nur in 3 Fällen auf 17 begleitet, und deshalb soll man sich auch nicht unumstößlich darauf verlassen, da man sie auch nach bloßen Betastungen schon hat eintreten sehen, wo sie nur während des akuten Stadiums der Vulvitis bestand.

Vor allem muß man sich die Überzeugung zu eigen machen, daß das Vorhandensein von Gonococcen noch kein Beweis ist für ein Sittlichkeitsdelikt, und zum Verständnis dieser Tatsache genügt es schon, daran zu denken, mit welcher Leichtigkeit die Diffusion dieser Krankheitserreger sich vollzieht und wie zahlreich und vielgestaltig die Ursachen für eine mittelbare Ansteckung sein können. Die Gonococcen geben uns zwar eine Gewißheit über die Natur der Erkrankung, aber gleichzeitig belehren sie uns auch darüber, daß die Ansteckungskeime überall vorkommen. Ich glaube, im Gegensatz zu vielen Autoren, an die klinische Spezifität, an die univoque Bedeutung des nachgewiesenen Gonococcus, aber die Vielgestaltigkeit seiner Herkunft lehrt uns, in den meisten Fällen Zweifel in Sittlichkeitsverbrechen zu setzen.

Der wichtigste Punkt ist nicht die Jagd nach dem Gonococcus, sondern die Frage nach der Herkunft dieses Mikroorganismus. Zeugenaussagen von Kindern beseitigen die Schwierigkeiten in keiner Hinsicht, denn man weiß genau, wieviel ähnliche Aussagen geradezu zur Vorsicht mahnen. Man sollte sich daher nicht damit zufriedengeben, nur die Kinder zu verhören, sondern auch alle Personen ihrer Umgebung, Vater, Mutter und so weiter, bevor man daran denken sollte, eine fremde Person zu beschuldigen. Im Falle des geringsten Zweifels sollte man die allergrößte Reserve bewahren und sich wohl davor hüten, Schlüsse zu ziehen. Zur Behandlung des Trippers bei kleinen Mädchen

hat man Touchierungen mit Protargol empfohlen, das nach Bouvy dem Kaliumpermanganat überlegen sein soll.

Janet empfahl 1898 Scheideninjektionen, die er mittels Nélatonkatheter Nr. 9 ausführte. Am besten verwendet man dazu Sublimat, mit dem man in einer Lösung von 0·5 Gramm auf 1000 Gramm nach Cassel sehr gute Erfolge erzielt, ohne Intoxikationen ausgesetzt zu sein. Koplik verwendet Argent. nitr. 1 auf 5000. Die schwammigen Wucherungen am Meatus soll man nach de Amicis mit einer Höllensteinlösung von 1 auf 50 ätzen. Zur Behandlung der Urethritis rühmt Brach die ausgezeichnete Wirkung der Balsamika, während Janet sie mit Einspritzungen von Kaliumpermanganat in die Blase behandelt.

Aber schließlich darf man doch nicht vergessen, daß der Tripper bei kleinen Mädchen zu den ansteckenden Krankheiten gehört, bei denen es nicht einfach genügt, sie zu beseitigen, wenn sie erst einmal da sind, sondern die von vornherein zu verhindern von allergrößter Wichtigkeit ist. Hier liegt in der Prophylaxe ein ebenso großes Interesse für die öffentliche Hygiene wie für die individuelle. Vor allem durch Belehrung, durch Anerziehung, durch allgemeine Kenntnisse, durch Sittenverbesserung wird man schließlich dahin gelangen, die Ansteckungen einzuschränken. Man muß dem Publikum die Kenntnis des Gonococcus vermitteln und die Art seiner Übertragbarkeit, man muß es aufklären über die Schwere der Erkrankung, die dieser pathogene Keim hervorruft, gegen den man die Eltern mit den notwendigsten Vorsichtsmaßregeln versehen sollte. Eltern sündigen am häufigsten aus Unkenntnis, nicht aus Unbedacht, manche überflüssigen Sorgen nehmen ihre ängstliche Aufmerksamkeit in Anspruch, wobei indes andere, viel wichtigere Dinge hintangesetzt werden. So besteht die falsche Ansicht, daß ein Halstuch gegen alle Übel schützen könne, wo geschlossene Beinkleider oft viel mehr Nutzen bringen würden. Sehr richtig hat diesen Gedanken Odilon Martin ausgesprochen und darauf hingewiesen, was wirklich nottut, nämlich „weniger Zurückhaltung in Bädern, mehr Züchtigkeit in der Bekleidung".

Die Frage der gonorrhoischen Peritonitis haben wir nur so oberflächlich gestreift und kommen jetzt mehr im einzelnen auf diese schwere Komplikation zurück.

Ihre Geschichte ist noch nicht alt. Die ersten Arbeiten stammen von Braquehaye aus dem Jahre 1898. Comby und Godaud widmeten sich ihr im Jahre 1901. 1904 schließlich veranlaßte Variot die Doktorarbeit von Dubreuilh über diesen Gegenstand.

Gewöhnlich kommt Peritonitis bei Kindern von 6—12 Jahren zur Beobachtung, obgleich man auch bei einem 5 Monate alten Kinde bereits einen solchen Fall zu sehen bekam. Zuweilen ist der gonorrhoische Ursprung

nicht zweifelhaft und steht vom Moment des ersten Auftretens an fest. Dabei handelt es sich dann um Kinder, die an Vulvitis leiden, die auch erkannt und diagnostiziert wurde und die wegen dieser Erkrankung auch in Behandlung standen, in deren Verlauf man so nach und nach die Infektion das Bauchfell befallen sieht. Häufiger jedoch tritt die Peritonitis ganz plötzlich auf, wider Erwarten, und bei einem Mädchen, von dem man bis dahin annahm, daß es sich völlig wohl befinde, war eben die Vulvitis unbemerkt verlaufen.

An diese gonorrhoischen Peritonitiden muß man wieder andere anschließen, wie man sie bei verwickelteren Krankheitszuständen zu Gesicht bekommt, so bei Scharlach, Diphtherie, Typhus und eitriger Brustfellentzündung, die aber doch einen vulvären Ursprung haben und auf die fortschreitenden Vulvitiden zurückzuführen sind, die sich im Verlaufe dieser Erkrankungen einstellen.

Das erste Auftreten der Peritonitis ist indes stets brüsk, plötzlich, ohne Prodromalsymptome. Gleich von den ersten Stunden an zeigt das Kind sehr schwere Krankheitserscheinungen, die eine Befürchtung für sein Leben noch am nämlichen Abend gerechtfertigt erscheinen lassen. Zuerst wütet ein heftiger Schmerz im Abdomen, unaufhörlich, der dieses ganz einnimmt und der von Zeit zu Zeit mit akuten Attacken wie auch mit Kolikanfällen einsetzt. Das Gesicht der kleinen Patientin nimmt ein beängstigendes, peritoneales Aussehen an, die Züge sind verzerrt, die Nase erscheint spitz, die Augen liegen tief in den Höhlen und die Lippen sind zyanotisch. Der Puls ist klein und beschleunigt, er erreicht 108, 112, 120 und ist manchmal auch gar nicht mehr zu zählen, die Temperatur hält sich auf 38—39 und in einigen Fällen, die zum Tode führten, ging demselben eine Hypothermie voraus.

Wie bei allen Bauchfellentzündungen tritt Erbrechen ein, zuerst von Nahrung, dann von Galle, dann grünliche, niemals aber fäkulente Massen. In der Regel besteht Verstopfung, aber manchmal auch zeigen sich wieder Diarrhöen mit schmerzhaften Entleerungen. Die Harnentleerungen sind auch schmerzhaft infolge der Urethritis, dem eigentlichen Ausgangspunkte der Infektion.

Die lokale Untersuchung ergibt stets genaue Anzeichen. Der Bauch ist in allen Fällen aufgetrieben, gespannt, tympanitisch, die Spannung und die Unbeweglichkeit der kontrahierten Muskeln der Bauchwand machen die Palpation unmöglich. Bei der Abtastung des Abdomens gelingt es eben nur, die Schmerzempfindlichkeit genau nachzuweisen und ihren genaueren Sitz an bestimmten Punkten. So in der linken Darmbeingrube, in der Milzgegend und in der rechten Darmbeingrube. Die Haltung eines solchen Kindes, das häufig die Unterschenkel an die

Oberschenkel und die Oberschenkel an das Becken herangezogen daliegt, vervollständigt das klinische Bild.

Alle diese schweren Symptome treten, wie wir nochmals betonen wollen, außerordentlich schnell auf und sind zuweilen bereits eine Stunde nach dem ersten Erscheinen in ihrem ganzen Umfange vorhanden. Sie können übrigens auch ebenso wieder verschwinden, wie sie aufgetreten sind, und manchmal läßt sich eine deutlich wahrnehmbare Besserung schon vom nächsten Tage an erkennen. Gewöhnlich indes ist der Rückgang ein langsamer und vollzieht sich erst am vierten oder fünften Tage. Heilung tritt ungefähr nach Verlauf von acht Tagen ein.

Untersucht man im Verlaufe solcher Peritonitis die Geschlechtsorgane, so findet man dort krankhafte Veränderungen, die deutlich die Natur der Infektion zeigen, ebenso wie die Eingangspforte der Krankheitserreger und auch den Weg, den diese eingeschlagen haben, um bis zum Bauchfell vorzudringen. Die Vulva ist der Sitz von dickem, cremeartigem, dunkelgrünem Ausfluß, in welchem man in alten Fällen Gonococcen wohlerhalten auffinden kann, wo sie aber auch fehlen können. Die großen Schamlippen sind mit ebensolchem Eiter bedeckt, der dort antrocknet und Krusten bildet, während die kleinen Schamlippen gerötet und angeschwollen sind.

Bei der Untersuchung vom Mastdarm aus hat man im Douglas ein teigig-massiges Gefühl von den Genitalien her. Koplik hat bei direkter Spekulumuntersuchung den Gebärmutterhals gerötet und angeschwollen gesehen.

Der Verlauf der gonorrhoischen Bauchfellentzündung ist verschieden. Marfan teilt sie nach folgenden Gesichtspunkten in drei Klassen ein:

1. Gonorrhoische Peritonitiden, die zum Tode führen.
2. Allgemeine Peritonitiden, die in vollständige Heilung übergehen.
3. Begrenzte Peritonitiden, die zu Verwachsungen führen.

Man wird also bei einem kleinen Mädchen, das Abdominalsymptome zeigt, immer an eine gonorrhoische Peritonitis zu denken haben, denn man läuft erhebliche Gefahr, sie zu verkennen, wenn man nicht nach ihr forscht. Übergehen können wir die wohl möglichen, bei aufmerksamer Untersuchung aber immerhin vermeidbaren Verwechslungen mit Darmverschluß, Typhusperforationen oder mit den Nachschüben bei Scharlach, bei Tuberkulose und so weiter.

Viel schwieriger ist es schon, eine gonorrhoische Peritonitis von einer Appendizitis zu unterscheiden. Nach Comby hat man diesen Irrtum oft begangen, der dann Zwischenfälle nach sich zog, und auch ich für meine Person habe einen analogen Fall gesehen. Indes wird

eine aufmerksame Untersuchung das Fehlen der für Appendizitis charakteristischen Anzeichen stets feststellen können und es wird dann genügen, an Gonorrhöe zu denken, die man ja auch leicht nachweisen kann, wenn man die Genitalien und die Wäsche des Kindes untersucht. Übrigens wird entsprechende Vorsicht jeden Irrtum ausschließen und niemals soll man bei einem kleinen Mädchen mit Peritonitis eingreifen, bevor man eine solche Genitaluntersuchung vorgenommen hat.

Die Pneumococcen-Peritonitis kann in den ersten Tagen auch bedeutende Analogien mit unserer hier betrachteten Erkrankung aufweisen, aber ihr späterer Verlauf, die Besserung und das Auftreten eines zuerst serösen, dann eitrigen Ergusses beheben bald jeglichen Zweifel.

Wie steht es nun mit der Pathogenese dieser Infektion? Welchen Weg nehmen die Gonococcen, um eine Infektion des Bauchfells herbeizuführen?

Die Ausbreitung der Erkrankung vollzieht sich fast stets auf direktem Wege. Das ist die allgemeine Ansicht der Autoren, die auch nachdrücklich durch Autopsien gestützt wird, wobei man die Endstücke der Tuben gerötet und geschwollen antrifft, die Gebärmutterschleimhaut entzündet, das Collum gerötet und die Tuben voll von Eiter ebenso wie die Serosa, Eiter, in dem sich Gonococcen isoliert finden oder in Gemeinschaft mit Staphylococcen und Streptococcen, denn der Gonococcus fühlt sich nicht behaglich in seiner Abgeschlossenheit im Peritoneum, und isoliert veranlaßt er viel eher bloße Reizerscheinungen des Bauchfells als wirkliche Bauchfellentzündungen.

Die Blutbahn braucht als Ursache nicht herangezogen zu werden. Variot hat auf die Infektionsmöglichkeit auf dem Lymphwege hingewiesen, eine Annahme, die große Wahrscheinlichkeit für sich hat bei dem Reichtum der Netzgegend an Lymphgefäßen und der Vorliebe der Gonococcen für Lymphzellen.

Die Voraussage ist gut, besser sogar als in anderen Fällen von Peritonitis, denn Todesfälle sind dabei eine Seltenheit. Heilung tritt sehr oft ohne jeden Zwischenfall ein. Dabei ist es den Chirurgen mehr wie einmal begegnet, daß sie sich angesichts der beängstigenden Symptome für die Verschiebung der Operation auf den nächsten Tag entschieden, wo dann bereits eine so rapide Besserung eingetreten war, daß alle Vorbereitungen hinfällig wurden.

Daher soll man diese Fälle möglichst mit inneren Mitteln behandeln, mit Diät, mit einer Eisblase auf den Bauch, neben Opium, und Seruminjektionen, eine Behandlung, die im allgemeinen genügen dürfte, um eine Ausheilung zu erzielen.

Literaturverzeichnis.

Crandall, Gonorr. in a broth. and sist. 5 and 8 y. *New-York med. Journ.*, 26 avril 1890.

Ullmann, Uretro-cyst. ch. enf. de 6 ans. *Ann. de Dermat.* 1891, p. 538.

A. Himozich, Gonorrh. in children. *Med. Record*, 25 nov. 1893, p. 685.

Nobl, Urét. blenn. aiguë ch. enf. de 4 ans. Mère atteinte de bartholinite blenn. *Ann. de Dermat.* 1894, p. 696.

Rona, Etiol. et nat. de l'urét. catar. chez les j. garçons. *Ann. de Dermat.* p. 487. 1894.

Variot et Lazard, Ur. blenn. ch. deux j. garçons. *Journ. de clin. inf.* 3 mai 1894.

Chaumier, La blenn. ch. l. petits garçons. *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1895, p. 688.

Griffon, Arthrite supp. à gonoc. chez un nouveau-né. *Rev. d. sc. méd.*, 1896, p. 312.

Immervoll, L'ur. blenn. d. petits garçons. *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1897, p. 704.

Marfan, Causes et sympt. de la vulvo-vag. blenn. d. petites filles. *Gaz. hebd. de Paris*, 14 mars 1897.

Braquehaye, Perit. blenn. chez une fillette. Laparat., guéris. apr. deux poussées d'arthrite. *Bull. Soc. Chir.* XXIV, p. 730, 1898.

Bouvy, Consid. bact. clin. et thérap. s. l. blenn. vulvo-vag. d. enf. *Th. Paris*, avril 1899.

Bogdan et Immervoll, L'ur. gonoc. des pet. garç. *Journ. des mal. cut.*, juin 1899. p. 321.

Rouher, Blenn. chez un enf. de 3 ans. *Gaz. hôp.* 11 mars 1899.

Noguès, Vulvo-vag. chez une petite fille de 14 ans: ur. et cyst. à gonoc. *Ann. d. mal. d'org. gén. ur.* 1900, n° 4.

Zavadowsky, De la périt. blenn. d. pet. filles. *Th. Paris*, 1901.

Comby et Gadaud, Périt.-gonoc. d. petites filles. *Ann. de Dermat.* p. 537, 1902.

Wolbarst, Gonorrh. in boys. *Journ. of the americ. assoc.* 28 sept. 1901. *Ann. de Dermat.* p. 537, 1902.

Barthelémy (int.-prov.), Blenn. chez un garçon de 6 ans. *Clin. inf.* 1903, p. 24.

Kimball, Gonorrh. in infants. *Med. Rec.* 14 nov. 1903, p. 761.

Michalowitch, Contrib. à l'ét. de la vulvo-vag. chez l. petits filles. *Th. Paris*, juin 1903.

Rosner, Beitrag z. Blenn. neonat. *Med. Blätter.* 1903, n° 16 et 17.

Woods, Gonorrh. vulvo-vag. in childr. *Ann. journ. of med. sc.* fév. 1903, p. 311.

Zelenski, Zur. Ät. d. Zyst. im Kindesalter. *Wiener klin. Wochenschrift* 1904, XVII, p. 123—126.

Genevoix, Urét. ch. l. petits garçons. *Th. Paris*, 1904.

Variot, Deux sœurs atteintes de périt. à gonoc. conséc. à une vulvite. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1904, p. 304.

Dubreuilh, De la périt. gonoc. chez les enfants. *Th. Paris*, 1904.

Uteau, Deux cas de blenn. ch. d. enfants. *Bull. Méd.* 1904, p. 87.

Kouvintchinsky (Mlle.), Les blenn. infantiles. *Th. Lausanne* 1905.

Rist, Acc. périt. graves ch. deux filles atteintes de vulvo-blenn. *Clin. inf.*, mars 1905.

Viertes Kapitel.

Tripperähnliche Erkrankungen.

Unter tripperähnlichen Erkrankungen verstehen wir Ausflüsse aus der Harnröhre, die keine Gonococcen enthalten, die Gonorrhöen vortäuschen, sich aber durch ihre Natur durchaus von diesen unterscheiden.

Sie bilden unter den Entzündungsprozessen in der Harnröhre eine Gruppe für sich, die scharfe Unterschiede aufweist und deren selbständige Stellung die Bakteriologie möglich machte, die ja alle Kapitel in der Geschichte der Gonorrhöe umwälzte. Indes man würde sich unkorrekt ausdrücken mit der Behauptung, die Frage der tripperähnlichen Erkrankungen habe sich mit dem Tage erst erschlossen, an dem man den Gonococcus kennen gelernt habe. Das hieße auch den alten Klinikern Ungerechtigkeit widerfahren lassen und ihr Verdienst verkennen, denn lange vor den Arbeiten von Neisser hatten sie schon durch die bloße Prüfung der Symptome verstanden, zu erkennen, daß nicht alle Urethritiden gleichartige Eigenschaften aufweisen, vielmehr hatten sie an der Gonorrhöe besondere Eigenschaften wahrgenommen und schoben, gemäß den medizinischen Anschauungen der damaligen Zeit, ihr Auftreten, wie sie sich ausdrückten, der Wirksamkeit eines speziellen Virus zu. Das war beispielsweise die Ansicht Didays, der es auch war, der den Ausdruck „Les blennorroïdes“ geschaffen hat, womit er nichtgonorrhoische Urethritiden bezeichnen wollte, und zwar zu einer Zeit, als man noch gar nichts ahnte von einem Gonococcus. Und später war Diday es wiederum, der, vom ersten Moment an überzeugt von der Spezifität des Gonococcus, die geistvollsten wissenschaftlichen Arbeiten beibrachte zum Studium solcher Ausflüsse und dem es auch gelang, sie zu einer speziellen Gruppe von Urethritiden zusammenzufassen.

Aber auch selbst heute kennen viele Ärzte diese Frage nur recht oberflächlich und sprechen von tripperähnlichen Erkrankungen mit der Miene des Zweiflers, und zwar besonders bei denen des Mannes, da sie ja bei den Frauen noch immerhin häufiger sind. Ich bin nicht in der Lage, einen besseren Beweis für ihr Vorhandensein zu erbringen,

als Beispiele von Kranken meiner Station in Saint-Lazare heranzuziehen.

Unter den Frauen dort litten 98 von 100 an Harnröhrenausfluß, der von eben 5 von 100 enthielt Gonococcen, also ist bei Frauen die nicht Gonococcen enthaltende Urethritis sehr häufig. Dann hat Diday das Studium der tripperähnlichen Erkrankungen wieder aufgenommen und hat sie besonders in den letzten Jahren zum Gegenstande sehr zahlreicher Arbeiten gemacht. Daneben müssen wir auch Legendre anführen, Guiard, Jamin, Noguès, Delefosse, Audry und Panichi.

Um mir selbst ein Bild dieser tripperähnlichen Erkrankungen zu machen, habe ich einen Journalauszug von 1000 Patienten aus meiner Klientel gemacht, und zwar von solchen, die an Urethritis litten, wobei ich 29 Fälle, also ein Verhältnis von 2·9 Prozent ausfindig machte.

Diese Fälle lassen sich von ätiologischen Gesichtspunkten aus in vier Gruppen einteilen.

1. Ausflüsse, die einem Allgemeinzustande entspringen:

Sumpffieber	1 Fall
Typhus	1 „
Tuberkulose	1 „
Syphilis	1 „

2. Ausflüsse, die durch Ingesta hervorgerufen werden:

Apfelwein	2 Fälle
Spargel	1 Fall
Übermäßiges Trinken	1 „
Jodkali	2 Fälle

3. Ausflüsse traumatischen Ursprungs:

Schwer zu reitendes Pferd	1 Fall
Zweiradfahren	2 Fälle
Übermäßiger Beischlaf	3 „
Onanie	2 „
Pollutionen	2 „
Leckenlassen	2 „
Bougieren	1 Fall

4. Ausflüsse, die sich auf eine Reizung zurückführen lassen:

Menstruation	7 Fälle

Diese mannigfachen ätiologischen Varietäten tripperartiger Erkrankungen wollen wir nun im einzelnen betrachten.

Legrain hat einen sehr genauen Fall von Typhus-Urethritis veröffentlicht. Er betrifft einen jungen Soldaten, der bisher von Gonorrhöe verschont geblieben war und bei dem sich im Verlauf eines typhösen Fiebers ein rein eitriger Ausfluß einstellte, der sehr reichlich, aber frei von Gonococcen war. Die Pathogenese war folgende: Der Kranke hatte

in seinem Darm schwerbrandige Stellen, von wo eine die Harnröhre reizende Resorption von Toxinen ausging, die den Ausfluß bedingt haben dürfte.

Bouyer verdanke ich die mündliche Mitteilung über die Beobachtung eines analogen Falles.

Diese Typhus-Urethritiden sind gemeinhin wenig ernst, dauern einige Tage an, um dann wieder zu verschwinden.

Seltener und weniger bekannt ist die Tuberkulose-Urethritis. Ich hatte Gelegenheit, nur einen einzigen derartigen Fall zu sehen. Heute gibt es für die Mehrzahl der Autoren einen typischen tuberkulösen Harnröhrenausfluß nur dann, wenn zu gleicher Zeit typische tuberkulöse Läsionen der Blase, der Prostata oder der Samenbläschen bestehen. Vordem hatte Fernet an die Möglichkeit einer direkten Ansteckung durch die Genitalwege mittels des Geschlechtsverkehrs geglaubt, eine Hypothese, die genau beobachtete Tatsachen bisher noch nicht bestätigt haben. Kurzum, die Tuberkulose der Harnröhre ist stets sekundär und äußerst selten.

Militär- und Kinderärzte haben mehrfach eine Saumurethritis festgestellt und die von den Pädiatern beobachteten Fälle haben eine umso größere Beweiskraft, als sie Personen betreffen, deren Lebensalter fast mit Sicherheit den Verdacht auf Gonorrhöe ausschloß.

Übergehen wir die Malariaurethritis, von der ich gerade einen einzigen Fall, der einen 30jährigen Mann betrifft, beizubringen habe.

Die tripperähnlichen Erkrankungen, die durch Diabetes hervorgerufen werden, sind von weit größerer Wichtigkeit, denn außer ihrem Eigeninteresse können sie auch dazu verhelfen, einen latenten Diabetes wahrzunehmen. Das häufige Durchfließen zuckerhaltigen Urins dürfte die Anfangsursache der diabetischen Urethritis sein.

Jedenfalls bietet ihr Vorkommen für uns nichts Erstaunliches, denn sie stellen eine ähnliche Erscheinung dar wie die Balanoposthitis in ihrem Verhältnis zum Diabetes, worauf schon Beauvais hingewiesen hat und was heute allgemein anerkannt ist, und sie sind wie die Urethritiden ein Anzeichen von hohem Wert für die richtige Diagnose dieser Krankheit.

Tarnowsky hat uns mit der syphilitischen Urethritis bekannt gemacht, die ja auch nichts Unwahrscheinliches bietet, da das Auftreten eines Exanthems in der Harnröhre sehr wohl das Erscheinen eines Harnröhrenausflusses erklären kann.

Eine andere Varietät tripperähnlicher Urethritis, die häufig auftritt und früher energisch in Abrede gestellt wurde, während sie heute unzweifelhaft feststeht, ist die rheumatische Urethritis. Einer meiner Freunde, der an einem Anfall von akutem Gelenksrheumatismus litt, sah

nach Verlauf von einigen Tagen einen Harnröhrenausfluß auftreten, in welchem ich weder Gonococcen fand noch irgendwelche andere Mikroorganismen. Kurze Zeit darauf, nachdem er von seinem Rheumatismus geheilt worden war, hatte er Verkehr mit einem Mädchen, worauf ein erneuter Ausfluß erschien, der diesmal aber Gonococcen enthielt. Mit der rheumatischen Urethritis kann man ebenso wieder manche Formen des Ausflusses in Verbindung bringen, welche Bokay und Rona (Budapest) auf eine Anhäufung von Harnuraten zurückgeführt haben. Guillaud hat 1875 in seiner ausgezeichneten Doktorarbeit über zwei Beobachtungen von rheumatischer Urethritis berichtet.

Ein 14jähriges Kind aus der Beobachtung Martineaus hatte einen Harnröhrenausfluß im Verlauf eines Anfalles von akutem Gelenkrheumatismus, wobei man den Ausfluß bei jedem Rezidiv in den Gelenken von neuem auftreten sah. Bei dieser Form ist die Ausflußmaterie von milchweißer Färbung, die Zeitdauer ist wechselnd, manchmal verschwindet er ganz plötzlich, kann aber ebenfalls auch chronisch werden. In einem Falle von Voisin bestand der Ausfluß fünf Jahre hindurch, bis endlich seine Natur erkannt wurde. Einige Heilungen hat man auch durch Behandlung mit Alkalien erzielt.

Es gibt auch, über allen Zweifel erhaben, eine gichtische Urethritis, die als klassisch von allen Autoren auf dem Gebiete der Gicht anerkannt worden ist. Guiard und Lecroché, der zwei diesbezügliche Fälle anführt, haben sich besonders mit ihrem Studium beschäftigt. Ebenfalls hat sie Légendre bei einem 14jährigen, sehr sorgfältig beobachteten Kinde gesehen.

Bei manchen Patienten sieht man den Ausfluß bei jedem neuen Gichtanfall wiederauftreten.

Eine letzte Abart dieser tripperähnlichen Erkrankungen, die ihre Ursache im Allgemeinbefinden haben, ist die herpetiforme Urethritis. Sie ist sogar die am längsten bekannte und nicht zum wenigsten war diese Form es, für welche Diday den Ausdruck tripperähnliche Erkrankungen geschaffen hatte.

Sie tritt zuerst unter dem Gefühl des Beengtseins, dann unter dem von brennenden Schmerzen in der Harnröhre auf. Der Ausfluß, der sich darauf einstellt, ist spärlich, fast wässerig, härtet die Wäsche stärkeartig und verläuft dabei ohne jeden Zwischenfall. Sie leistet aber jeder Behandlung Widerstand und verschwindet schließlich von selbst wieder. Bei ihr finden sich getrennt liegende Leukocyten, aber keine Mikroorganismen vor.

Zwei Fälle von herpetiformer Urethritis hat Janet veröffentlicht; der eine fiel mit einer Blaseneruption zusammen, der andere trat an Stelle eines periodischen Herpes auf, dessen Wiedererscheinen gerade

bevorstand. Ich selbst habe auch einen derartigen sehr ausgesprochenen Fall gesehen.

Die in früherer Zeit veröffentlichten Fälle, die man mit Unrecht unterschätzt, sind zahlreich und beweisend. So hat man zum Beispiel bei Patienten nach und nach Herpes auftreten sehen auf der Eichel, am Meatus und in der Harnröhre, woran sich dann der Ausfluß anschloß.

Bezüglich des Herpes hatte Diday eine interessante Wahrnehmung gemacht, nämlich die, daß venerische Erkrankungen, wie beispielsweise Schanker, einen Locus minoris resistentiae bilden und eine Art Anziehungskraft ausüben auf herpetiforme Prozesse, zweifellos infolge des kongestionierten Zustandes des oberflächlichen Gewebes. So sollte sich nach Schanker häufig Herpes an der Vorhaut bilden, nach Gonorrhöe Herpes der Harnröhre und zwischen diesen beiden Krankheitserscheinungen sollte eine Koinzidenz oder auch eine Wechselbeziehung bestehen.

Die Diagnose der herpetiformen Urethritis gründet sich besonders auf ihren Verlauf. Sie erreicht ihren Höhepunkt in 36—49 Stunden, wobei der Schmerz ungefähr drei Tage anhält, aber niemals eine Woche überdauert. Übrigens stellt ein Patient, der die außerordentlich charakteristischen Empfindungen beim Herpes kennt und sie zu deuten weiß, häufig selbst schon die Diagnose.

Die Behandlung beschränkt sich auf einige Bäder und auf die Darreichung verdünnter Getränke, ebenso sollte Enthaltsamkeit verordnet werden. Die Erkrankung hat aber durchaus nichts Ansteckendes an sich.

Während die tripperähnlichen Erkrankungen, die wir eben betrachtet haben, mit dem Allgemeinzustand des Kranken verknüpft sind, gibt es auf der anderen Seite wieder Formen, die die Einwirkung äußerer Einflüsse erfordern, nämlich die traumatischen Urethritiden.

Dabei kann das schädigende Agens ein Fremdkörper sein, wie Verweilkatheter, die sich nicht im Zustande peinlichster Asepsis befinden und die bisweilen Ausfluß hervorrufen können, in dem man nur gewöhnliche Mikroben findet. Solch ein Zwischenfall sollte indes bei gutem Zustande der Sonden niemals eintreten. Bei einem 67jährigen Manne, dem man in derselben Sitzung 12 Béniqués eingeführt hatte, sah man schwere Infektionserscheinungen auftreten, deren Ursache Kolibazillen waren.

Eine besondere pathologische Rarität will ich noch anführen, nämlich eine Urethritis, die durch eine Fliegenlarve, die ihren Weg in die Harnröhre gefunden hatte, bedingt war.

Chemische Kaustika, die mit der Harnröhrenschleimhaut in Kontakt kommen, rufen gleichfalls Ausfluß hervor. Swediaur sah infolge einer Ammoniakeinspritzung eine außerordentlich starke Eiterung auftreten,

die sehr lange anhielt, und ich selbst habe einen ähnlichen Fall erlebt nach Einspritzung einer Sublimatlösung von 5 auf 1000.

In anderen Fällen entstand der Ausfluß durch übermäßigen Gebrauch von Kaliumpermanganat oder durch Einträufelungen von Argentum nitricum, wie bei einem Patienten von Noguès, wo der Ausfluß durch nahezu 200 Instillationen in Gang gehalten wurde.

Allgemein ausgedrückt, kann jede reizende Medikation auf der Harnröhrenschleimhaut eine Eiterung zur Folge haben.

Auch simulierte Ausflüsse bekommt man zu sehen. So sah man bei Individuen, die ein Interesse daran hatten, für tripperkrank zu gelten, einen künstlichen, für den Moment geschaffenen Ausfluß, und zwar dadurch hervorrufen, daß sie sich ein Stückchen Seife in die Harnröhre einspritzten. Die Diagnose dieser Täuschung ist natürlich einfach, denn es genügt schon, die Materie in einem Reagensgläschen, das eine Natriumbikarbonatlösung enthält, aufzufangen, worauf sich beim Schütteln die Seife abscheidet und einen dicken Satz von Schaum bildet. Soweit haben wir uns nur mit Ausfluß aus der Harnröhre befaßt, der unabhängig ist vom Geschlechtsgefühl, aber auch die Geschlechtsakte können tripperähnliche Erkrankungen hervorrufen in Form nicht infektiöser Ausflüsse oder solcher, die auf andere Mikroben als Gonococcen zurückzuführen sind. Die nicht infektiösen venerischen Urethritiden bestehen tatsächlich und umfassen mehrere Gruppen.

Zuerst mal die Urethritis ex Libidine Fürbringers. Unter dem Einfluß prolongierter Erektionen und starker Liebesgelüste sieht man normalerweise am Meatus einen klebrigen Ausfluß austreten, dem man gewöhnlich die Bezeichnung Prostataflüssigkeit beilegt, ein recht ungenauer Ausdruck, denn in Wirklichkeit handelt es sich um das Produkt der Cooperschen Drüsen. Dieser Ausfluß, der anfangs durchscheinend ist, nimmt aber an Menge zu und wird dunkel-weißlich, wenn die Erregungen sich wiederholen.

Geschlechtsverkehr mit einer Frau während der Periode kann zweifellos einen leichten, nicht ansteckenden Ausfluß bedingen, das, was die alten Autoren mit échauffement bezeichneten. Diday hat über diese Form von Urethrorrhöe eine Abhandlung von bewunderungswürdiger Genauigkeit und voll außerordentlicher Beobachtungsgabe verfaßt. Nach ihm ist das Vorkommen von Harnröhrenausfluß nach einem während der Periode ausgeübten Beischlafsakt tausendfach nachgewiesen.

Dieser Katarrh tritt niemals weder vereint mit Schmerzempfindungen auf, noch mit Erektionen. Er hält lange Zeit, wenigstens zwei Monate, an, ohne daß eine Änderung zu verspüren ist.

Und diese Eigentümlichkeit ist von Bedeutung und man soll sie niemals außer acht lassen, hingegen den Patienten immer schon im Beginn der Behandlung darauf aufmerksam machen.

Therapeutische Maßnahmen versprechen sehr wenig Erfolg, denn die meisten Mittel, die zur Anwendung gelangen können, sind ohne Einfluß auf die Dauer des Ausflusses und ebenso ist die Verwendung von Balsamicis ohne die geringste Wirkung.

Wenn nun Beischlaf zur Zeit der Periode einen nicht infektiösen Ausfluß hervorzurufen vermag, so hindert das natürlich nicht, daß man unter den gleichen Bedingungen auch einen Tripper akquirieren kann. Dabei beobachtet man dann eine Mischform der Gonorrhöe, die durch ihre stets sehr lange Dauer bemerkenswert erscheint.

Urethritiden ex Libidine, die erwähnten échauffements, sind also venerische Urethritiden nicht infektiöser Natur, und zwar nicht infektiös von vornherein. Ein Ausfluß kann ja im Anfang Mikroorganismen enthalten und keine mehr am Ende, er kann zuerst infektiös sein und später nicht mehr, mit anderen Worten, es kommen beim Geschlechtsverkehr Urethritiden vor, die erst sekundär infektiös sind.

So durchläuft jeder Tripper in der Schlußperiode seines Verlaufes, wenn bereits alle Mikroben abgetötet sind, diese nicht infektiöse Phase.

Diese Phase geht gemeinhin schnell vorüber, aber in manchen Fällen wiederum, wenn bei der Behandlung irgendeine Übertretung begangen wurde, wenn Trinken und Geschlechtsverkehr zu eilig wiederaufgenommen werden oder wenn ein unzeitiger Gebrauch mancher Medikamente, wie Natriumbikarbonat, stattgefunden hat, sieht man den nicht infektiösen Ausfluß sich in die Länge ziehen, bisweilen über eine sehr lange Zeit, und dann auch unendlich lange anhalten.

Von Vorteil dürfte es wohl sein, sich mit dem Einfluß zu befassen, welchen das Vorhandensein eines septischen Herdes in der Nähe der Harnröhre ausüben kann. Ist beispielsweise die Blase erkrankt, so kann der Urin, der durchfließt, die Ursache eines Harnröhrenkatarrhs abgeben und ebenso können auch Alterationen der Harnröhrenwand vorkommen, die von krankhaften Veränderungen der Blase veranlaßt werden. Hieher gehörige Fälle haben Schiffka und Noguès mehrfach veröffentlicht. An dieser Stelle muß ich auch, wenn auch nur vom theoretischen Standpunkte, die neuen Arbeiten, die Streptothrix betreffend, erwähnen. Dies sind Pilze, die sich an den verschiedensten Stellen des Organismus ansiedeln können (in den Tuben, dem Gehirn, den Mandeln) und die in den letzten Jahren von Giosco, von Ferré und Faguet erforscht worden sind. Die Streptothrikose der Harnwege, wie Bruni sie beschrieben hat, kann ebenfalls die Ursache eines Harnröhrenausflusses werden. Jedoch hat Bruni bei seinen experimentellen Ver-

suchen, Streptothrikose zu erzeugen, wohl einige Zystitiden hervorzurufen vermocht, aber nur sehr wenige Urethritiden, während ihm die Feststellung gelang, daß sich die Blase energisch gegen die Invasion des Parasiten wehrt. Außerdem hat Rehland den Nachweis geführt, daß die Harnblase sich sehr schnell pathogener Keime entledigt und nach Protajenski würden diese teils durch die Urinentleerung mit fortgerissen, teils würden sie vernichtet durch die bakterizide Kraft der Epithelwände.

Auch den anatomischen Schädigungen der Harnröhre muß man einen Platz in der Ätiologie der nicht infektiösen Urethritiden einräumen. Wassermann und Hallé lassen die Sklerosierung der Harnröhre, die ein Vorstadium der Strikturen darstellt und für die goutte militaire sorgt, eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Ebenso kann ein nicht infektiöser Ausfluß durch Polypen, Papillome, Granulationen und Ulzerationen unterhalten werden, die ihren Sitz in der Harnblase haben, ferner auch durch krankhafte Veränderungen der Lakunen oder der Drüsen sowie auch durch chronische Entzündung der hinteren Harnröhre, lauter Veränderungen, die mit Hilfe der endoskopischen Untersuchung wahrzunehmen sind. Nach Carle kann sogar eine wieder mobil gewordene alte Prostatitis eine ganz plötzlich auftretende Eiterung hervorrufen.

Es besteht aber weiter noch eine sehr wichtige Gruppe nicht infektiöser Urethritiden, wie sie als nicht bakterielle Ausflußformen vorkommen, die aber doch auf geschlechtliche Ansteckung zurückzuführen sind. Diese sind außerordentlich zahlreich und ich selbst habe eine große Reihe gesehen und auch einige solcher Fälle mitgeteilt. Hervorgehoben zu werden verdienen die Fälle von Guiart und Janet, die außer Diskussion stehen. Die schlagendste Beobachtung aber ist die von Jamin. Sie betrifft einen jungen Mann, der ein Mädchen besuchte, das ihm Vertrauen einflößte, weil schon mehrere seiner Freunde ihr Entgegenkommen in Anspruch genommen hatten, ohne irgendwelche nachteilige Folgen davon zu verspüren. Er aber muß die Enttäuschung erleben, als Folge seines Verkehrs einen Ausfluß auftreten zu sehen, in dem sich allerdings keine Gonococcen finden. Indes sein Vertrauen war so wenig erschüttert, daß er nach seiner Genesung das Mädchen wiederum aufsuchte, worauf auch prompt ein erneuter Ausfluß ohne Gonococcen auftrat. Bei seinen nächsten Besuchen gebraucht er die Vorsicht, ein Kondom überzuziehen und der Ausfluß bleibt aus. Nach einiger Zeit hatte sich wohl die Vorsicht mit dem Kondom erübrigt und ein erneuter Geschlechtsverkehr unter normalen Bedingungen führt zu einem neuen Katarrh, der auch wieder gonococcenfrei ist.

Bei jungen Leuten sieht man auch im Beginn ihres Geschlechtsverkehrs nach dem Beischlaf einen dicken Ausfluß sich einstellen, der

in jeder Beziehung tripperähnlich ist und durchaus kein so seltenes Ereignis darstellt. Die tripperähnlichen nicht infektiösen Erkrankungen sind viel zahlreicher als die bakteriellen.

In der Tat genügt es auch noch nicht, in einem Ausfluß einige Mikroorganismen aufzufinden, es ist vor allem notwendig, daß sie in hinreichender Zahl vorhanden sind. Stehen sie aber im augenscheinlichen Mißverhältnis zu dem Krankheitsprozeß, so muß die Ausflußmaterie als nicht infektiös gelten. Es kommen ja stets auf der Eichel und um den Meatus herum kleine Mikroben vor, die man eben mit dem Ausfluß zusammennimmt, die aber dabei nicht in Betracht kommen können. Man hat auch mit dem so gesammelten Eiter die Aussaat von Kulturen, aber ohne jedes Resultat versucht. Nach Christmas wäre solcher Ausfluß auf das gonorrhoische Toxin zurückzuführen und wirklich hat auch dieser Forscher durch Einspritzung dieses Toxins unter die Haut einen sehr starken Ausfluß aus der Harnröhre hervorrufen können. Er behauptet auch im Anschluß daran, daß manche Frauen, die eine Gonorrhöe durchgemacht haben, noch für längere oder kürzere Zeit das Gonococcentoxin bei sich bewahrten und so in der Lage wären, nicht infizierenden Ausfluß zu übertragen. Andere sehen diese Tatsache wieder als eine nicht infektiöse Phase der Gonococcenurethritis an. Und können denn solche Urethritiden nicht wirklich dem Anscheine nach infektionsfrei sein, dank solcher Mikroben, die unseren gewöhnlichen Untersuchungsverfahren noch entgehen? Bertrand, der sie in erhöhter Temperatur färbte, gelang es, bei Personen, deren Eiter auf Grund einer nach dem alten Verfahren ausgeführten Untersuchung als nicht infektiös galt, durch seine Methode Mikroben aufzufinden, ein Umstand, der dazu beiträgt, die Hypothese von Organismen zu bestätigen, die ungebührlicherweise doch noch als unsichtbar gelten müssen.

An letzter Stelle müssen wir die infektiösen venerischen Urethritiden betrachten, die aber durch andere Mikroben als den Gonococcus bedingt sind und demgemäß noch zur Gruppe der tripperähnlichen Erkrankungen zählen.

Man kann sie infolge normalen Geschlechtsverkehrs durch Übertragung auftreten sehen. Aubert war der erste, der 1884 eine Bakterienurethritis bekanntgab. Dann wurden solche Fälle auch von Legrain und Rauzier festgestellt und Noguès, ich selbst und Welsch haben fünf derartige Fälle beobachtet, die sich von vornherein chronisch gestalteten. Neuerdings hat Bodländer noch über zwei weitere Fälle berichtet, in deren einem Bakterium coli die Ursache war, im anderen ein kleines kurzes Stäbchen. Derartiger Ausfluß bietet keine Besonderheiten dar und nimmt auch durch Beischlaf und Alkoholgenuß nicht zu. Die Mikroben, welche man dabei antrifft, sind sehr verschiedenartig,

denn man findet Mikrococcus aureus und albus und neben Kolibazillen auch Diplococcen. Das läßt sich auch leicht verstehen, denn die Scheide enthält schon normalerweise vielfache Mikrobenformen, die unter manchen besonderen Umständen noch an Zahl zunehmen können, wie in dem Falle jenes Studenten, der beim wiederholten Geschlechtsverkehr mit einem Mädchen angesteckt wurde, das an einer präuterinen Phlegmone litt. So können sich die allermannigfachsten Mikrobenarten in der Harnröhre einnisten, sobald die normalen Abwehrbedingungen aufgehoben sind. Solche Ausflüsse können auch durch widernatürliche Geschlechtsakte hervorgerufen werden, wie beispielsweise durch Lecken der Geschlechtsorgane. Ein solcher Fall liegt der Beobachtung von Malherbe zugrunde, wo nach oralem Geschlechtsverkehr mit einer Person, die an Aphten litt, sich ein sehr schmerzhafter Ausfluß einstellte, in welchem man den Mikrococcus albus nachweisen konnte. Diese Katarrhe zeigen eine geringe Ansteckungstendenz, verursachen keine Störung des Allgemeinbefindens und bilden sich von selbst wieder zurück. Lécuyer hat einen ähnlichen Fall verzeichnet, wobei der Schmerz außerordentlich heftig auftrat und sogar zu Ohnmachten führte. Mein Beobachtungsmaterial enthält zwei analoge Fälle.

Jedenfalls ersieht man aus diesen Hinweisen, daß Leckenlassen absolut keinen so harmlosen Akt darstellt, denn es kann sowohl Gefahren für das Rückenmark mit sich bringen, wie auch schwere Schädigungen für die Harnröhre. Und diese Tatsachen können auch gar nichts Erstaunliches an sich haben, wenn man bedenkt, dass die Mundhöhle, mehr noch als die Scheide, unzähligen pathogenen Keimen zur Heimstätte dient und daß ihre Desinfektion doch noch erheblich schwieriger ist als die der Scheide.

Das Studium der tripperähnlichen Erkrankungen läßt eine Frage, nämlich die nach ihrer Übertragbarkeit auftauchen. Bei Bakterienurethritis ist die Übertragungsmöglichkeit wohl vorhanden. Audistère berichtet in seiner Doktorarbeit mehrere Fälle, die die Übertragung in gewisser Form feststellen und ihn zu der Äußerung führen, daß sie Vaginitiden und auch Urethritiden zu veranlassen vermögen. Besonders aber nach Entbindungen dringen Mikroben, die in die Scheide hineingejagt wurden, in die oberen Genitalwege, in die Gebärmutter und in die Tuben vor. Ich für meine Person bin sogar fest davon überzeugt, daß eine große Anzahl solcher schweren Infektionen, die die Frauen zuweilen blitzschnell nach der Entbindung dahinraffen und die man gemeinhin als puerperale Erkrankungen anspricht, in Wirklichkeit Krankheiten sind, die auf gonorrhoischen Ursprung zurückgehen, eine Folge der goutte militaire des Ehemannes, der man, da sich Gonococcen nicht nachwiesen ließen, keine genügende Beachtung schenkte. So

erinnere ich mich noch, vor einigen Jahren einen Offizier behandelt zu haben, der lange Zeit hindurch an der goutte militaire laborierte. Dieser Patient war Witwer und als ich ihn über die Ansteckungsfähigkeit seines Ausflusses aufklärte, beglückwünschte er sich dazu, daß er seine Frau, die, ohne jemals vordem krank gewesen zu sein, im Wochenbette starb, nicht auch noch angesteckt hätte. Indes dürfte es doch wohl mehr als wahrscheinlich sein, daß dieser Todesfall auf eine Infektion von seiten des Gatten zurückzuführen ist.

Ferner ist es auch leicht zu verstehen, daß die Mikroben aus dem Harnröhrenausfluß sich auch mit pyogenen Formen mischen können, deren Virulenz sich dadurch auch noch steigert. Aber diese Vermischung ist nicht einmal notwendig, denn die Mikroben der tripperähnlichen Erkrankungen können für sich allein schon den Ausfluß, in dem sie wuchern, ansteckend machen. Viel schwieriger schon ist die Infektionsfrage bei den nicht bakteriellen Urethritiden zu entscheiden; und ist denn die Restitutio ad integrum, was die Harnröhre angeht, nicht wirklich nur eine Einbildung? Solange wir noch über die Natur der Filamente so mangelhafte Kenntnisse haben, müssen wir in dieser Hinsicht ganz besonders zurückhaltend sein.

Ja es dürfte nicht einmal unmöglich sein, daß eine Ansteckung sogar mit Ausfluß statthaben kann, aber unter Bedingungen, die den Anschein der Nichtinfektiosität erwecken.

Wir gehen jedoch nicht so weit wie manche deutschen Autoren, die die Eheschließung untersagen, solange sich noch Filamente, gleichviel welcher Art, zeigen. Die tripperähnlichen Erkrankungen, die in ihrem normalen Verlaufe leichter als die Gonorrhöen auftreten, sind auch weniger ernst in ihren Komplikationen. Sie treten auch seltener und wenig zahlreich auf. Indes haben Macaigne und Vauverts von einer Orchitis berichtet und Legrain und Bockhardt haben einen Patienten beobachtet, dessen Samenbläschen mit Bakterium coli infiziert waren und der nebenbei noch eine Orchitis hatte. In einem der oben angeführten Bodländerschen Fälle komplizierte sich die Harnröhrenentzündung mit Prostatitis und Ischurie. Rheumatismusfälle sind von mehreren Autoren bekanntgegeben worden und ich selbst habe in dem Auszug aus den 1000 Beobachtungen von Urethritiden drei Fälle von Orchitis gefunden und einen Fall von Rheumatismus, die sich im Verlaufe tripperähnlicher Erkrankungen eingestellt hatten.

Bei ihrer immerhin möglichen Ansteckungsfähigkeit und zur Vermeidung ernsterer Erkrankungen, deren Auftreten sie entschieden begünstigen können, darf man auch die tripperähnlichen Erkrankungen nicht unterschätzen, sondern man muß sie sogar sehr sorgfältig behandeln.

Nicht bakterielle Urethritiden, wie die, welche dem gonococcenhältigen Stadium einer Gonorrhöe folgen, werden, solange sie frisch sind, mit Argentum nitricum-Instillationen 1—2 auf 100 oder mit Spülungen von 0·5 auf 1000 behandelt, sind sie indessen veraltet, so treten auch fast immer anatomische Veränderungen der Harnröhre hinzu, bei welchen die Béniquédilatation sehr gute Resultate liefert.

Bakterielle Urethritiden werden einer antiseptischen Behandlung unterzogen. Janet verwendet dazu ausgedehnte Spülungen mit Kaliumpermanganat in Verbindung mit täglicher Massage. 5—6 solcher Spülungen genügen im allgemeinen, um die septischen Keime zum Schwinden zu bringen. Minet tritt nachdrücklich für Verwendung von Injektionen mit Pikrinsäure 1·5 auf 100 ein oder mit Pyrogallussäure in einer Lösung von 2—4 auf 100.

Literaturverzeichnis.

Legrain, Urétrite en convalesc. de f. typhoïde. *Ann. des mal. org. gén. ur.,* mai 1889, et *Ann. de Dermat.*, p. 453, 1890.

Minguet, Pluralité des uréthr. *Th. Paris,* 26 juillet 1892, et *Ann. Dermat.,* p. 1823, 1892.

Brewer, Trois cas de blennorroïdes. *Ann. de Dermat.,* 1893, p. 1046. *New-York Acad. Med.* 1893.

Barbellion, Affect. urétr. non gonoc. *Th. Paris,* 1894.

Faitout, Des urét. non gonoc. *La Médecine internat.* 1896, p. 53—82.

Rona, Cas d'ur. et prost. non gonoc. *Soc. des Dermat. et Urol. hongrois,* 6 fév. 1896; *Ann. Dermat. et Syph.* p. 1221, 1896.

Delefosse, Un cas d'ur. non gonoc. *Journ. des mal. cut. et syph.*, p. 26, 1897.

Eraud, Une obs. de blenn. première bactérienne. *Lyon Médical,* 16 mai 1897.

Levincs, Urethral and vesicalarthritis. *Harn- und Sexualorgane,* 1897, p. 159.

Forgue, Les ur. non gonoc. *Nouveau Montpellier Médical,* 18 sept. 1898.

Gulard, Des ur. non gonoc. in *Les ur. chroniques,* p. 323, Paris 1898.

Barlow, Uretritis non gonor. Eine kritische Studie. *Deutsches Arch. für klin. Med.,* 1900, t. 66.

Castellan, De la blenn. rhumat. et de son traitement alcalin. *Arch. de Méd. navale,* fév. 1900.

Stutell, Contrib. à l'étude des ur. chr. gonoc. primitives. *Th. Nancy* 1900.

Audistère, Infect. des voies génit. de la f. par les uréth. chron. non gonoc. *Progrès Méd.*, p. 484, 1901.

Goldberg, Urétrites streptoc. aig. primaires. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1901, p. 133, et *Annales de Dermat.*, p. 540, 1902.

Hogge, Uréthr. prost. non blenn. *Assoc. franç. urolog.,* 1902.

Minet, Trait. des ur. chron. aseptiques. *Bull. Méd.,* p. 919, 1902.

Bodländer, Ein Fall von prim. Urethritis non gonor. *Dermat. Zeitschr.,* p. 223, 1903.

Bodländer, Ein Fall von Urethrititis non gonorrhoïca. *Dermat. Zeitschr.,* Heft 3, 1903.

Galewsky, Ueber chronische nichtgonorr. Urethritis. *Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg.*, 1903.

Strauß, Urethritis irritation post masturbationem. *Dermat. u. urolog. Sekt. des königl. Vereines der Ärzte in Budapest*, 17 mars 1902. *A. f. D.* 1903, t. 66, p. 184.

C. Bruni, Streptotricose des voies urinaires. *Ann. des mal. des org. gén. ur.*, n° 21, 1904.

Carle, Orig. des écoul. urétr. spont. chez l'homme. *Cong. de Dermat.*, 1904, et *Presse Méd.*, p. 623, 1904.

Paquet, Urét. chr. à strept. pur. *Echo méd. du Nord*, 1904, n° 269.

Trastour, L'entérocoque agent path. *Th. Paris*, 1904.

Waelsch, Sur l'ur. chr. non gonoc. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. LXX, 1904, p. 103.

Deschamps, Simulation de l'uréth. *Journ. de méd. de Paris*, p. 177, 1905.

Franchescini, Classific. e sintomat. delle urethrite non gonoc. *Giorn. ital. delle Mal. ven. et della Pelle*, 1905, p. 257.

Lavenant et Trastour, Les uréth. à entérocoques. *Tribune méd.*, p. 773, 1905.

Malherbe, Coït ab ore et urétrite aigue à staphyl. blanc. *Bull. Méd.* 1905, p. 6.

Panichi (Rodolfo), Contrib. allo studio delle uretrite non blenn. *Gior. ital. d. Mal. ven. e. d. pelle*, p. 393, 1904 et *Ann. de Dermat.*, p. 494, 1905.

Queden, Feld, Urétrite goutteuse. *Société de Méd. de Königsberg* et *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 1905, n° 8, p. 322.

Saraceni, Uretrite settica. *La Clinica dermat. sif.*, 1905.

Servière, Rôle de la prostatite dans la genèse des ur. spontanées. *Th. Lyon*, 1905, et *Presse médicale*, p. 418, 1905, n° 56.

Fünftes Kapitel.

Gonorrhoische Ulzerationen.

Seit einigen Jahren hat die Venerologie in der Geschichte des Trippers ein ganz neues Kapitel erschlossen, nämlich das der gonorrhoischen Ulzerationen. Zehn Jahre dürfte es wohl her sein, daß dieses Problem den Klinikern mit einiger Deutlichkeit vor Augen trat. Vordem hatte man zwar schon hie und da, und zwar gar nicht wenig von gonorrhoischen Ulzerationen gesprochen, aber man beobachtete bei diesem Gegenstande die weise Vorsicht, sich nur in Redensarten zu ergehen, man ging damit genauen Bestätigungen aus dem Wege, denn niemand hatte bisher in Wirklichkeit diese Krankheit beschrieben, deren Möglichkeit zwar zugegeben wurde, deren Existenz aber bisher noch nicht als erwiesen galt.

So schoben die alten Autoren, wie Wirsung zum Beispiel, den gonorrhoischen Ausfluß auf das Vorhandensein von Ulzerationen, von Fleischauswüchsen in der Harnröhre, aber solche Ulzerationen hatten sie niemals gesehen, sie lebten nur in ihrer Phantasie, um dem Bedürfnis nach einer entsprechenden Ursache zu genügen, und weil sie sich auf diese außerordentlich bequeme Art das Vorhandensein des Ausflusses zu erklären vermochten. Man darf also nicht glauben, daß schon von dieser Zeit her die Kenntnis gonorrhoischer Ulzerationen datiert.

Im Jahre 1878 beschäftigte ich mich in meinem „Traité des maladies vénériennes“*) mit bestimmten Umständen, die im Verlaufe der Gonorrhöe das Auftreten von Exkoriationen und von oberflächlichen Ulzerationen begünstigen, als hätte ich seit dieser Zeit die Existenz gonorrhoischer Ulzerationen vorausgeahnt, aber die von mir beobachteten Tatsachen waren noch zu unzureichend, um mir zu gestatten, die Bezeichnung dafür bekanntzugeben. Ein wenig später machte sich Leloir in einer noch recht ungenauen Schrift an die Beschreibung epithelialer Läsionen gonorrhoischen Ursprunges und ließ damit die Frage einen erheblichen Schritt vorwärts tun.

---

*) L. Jullien, Traité pratique des maladies vénériennes. 2e édition. Avec 246 figures. Paris 1886.

Klinische Tatsachen häuften sich, meine Überzeugung stand nunmehr fest und seit 1896 nahm ich keinen Anstand mehr, dem Londoner Kongreß eine Mitteilung über das tatsächliche Vorkommen von gonorrhoischen Ulzerationen zu unterbreiten. Ich hatte schon damals die große Genugtuung, Janowski-Prag meine Ansicht unterstützen zu sehen, mit der Erklärung, er könne in mehreren Fällen analoge Tatsachen, wie die von mir berichteten, bezeugen.

Seitdem ist das Vorkommen gonorrhoischer Ulzerationen mehrfach bestätigt worden. Mit Hilfe des Endoskops konnte man ihr Bestehen in der Harnröhre feststellen und so hat Horteloup granulierende Erosionen wahrgenommen und Fürbringer unverkennbare Ulzerationen. Auf die neuesten Fälle, die im Jahre 1904 von meinem früheren Assistenten Druelle veröffentlicht wurden, will ich nur hinweisen.

Diese Folgeerkrankung der Urethritis wird nicht immer durch denselben Krankheitsprozeß hervorgebracht. Prüfen wir zuerst einmal die einfachsten Fälle, die auch die häufigsten sind, nehmen wir die, wo die Ulzerationen durch direkten Kontakt, durch äußere Einwirkung des virulenten Eiters bedingt sind, und sehen wir dann weiter, welche Folgewirkungen dieser Kontakt hat, und zwar 1. auf eine Wunde; 2. auf eine Schleimhaut; 3. auf die Haut.

Die Wirkung spezifischen Eiters auf Wunden ist sicherlich ein außerordentlich interessantes Studium und Gelegenheit zu diesbezüglicher Beobachtung wird sich auch schon hie und da geboten haben, aber erst das Jahr 1902 brachte die erste Arbeit über diese Frage, indem Guelliot eine unumstößlich beweisende Beobachtung veröffentlichte.

Ein junger Mann hatte sich am 12. Juni der Radikaloperation einer Hernie unterzogen, wobei während des Verbindens ein Eitertropfen von seiner Gonorrhöe auf die Operationswunde fiel. Vier Tage darauf trat eine Temperatursteigerung auf 38 ein, die Wundränder röteten sich, dann traten Schmerzen hinzu und all die gewöhnlichen Anzeichen einer Eiterretention. Darauf wurden die Fäden entfernt und aus der Wunde entleerte sich eine reichliche Menge schokoladenfarbigen Eiters, in dem sich massenhaft Gonococcen fanden. Im weiteren Verlauf bot die Wunde einen geschwürigen Anblick dar, die Eiterung zog sich in die Länge und erst am 9. August, also nach 57tägiger Behandlung, wurde der Kranke entlassen. In diesem Falle sehen wir deutlich die Rolle, die der Gonococcus spielen kann, wenn eine Wunde mit diesem Mikroorganismus infiziert wird. In einer Wunde vermehrt er sich, verzögert ihre Vernarbung und kann sogar einen destruktiven Prozeß hervorrufen.

Nachher hat Toussaint einen fast völlig gleichartigen Fall veröffentlicht. Er betrifft einen Patienten, der ebenfalls an einer Hernie operiert worden war, und zwar am 31. August, und der am 4. September

eine Temperatursteigerung auf 39·5 aufwies. Es fand sich eine präperitoneale Phlegmone und unter der Naht seröser Eiter, der Gonococcen enthielt.

Kurzum, heute sind wir völlig aufgeklärt über die Wirkung des Gonococcus bezüglich der Granulationen, deren Entwicklung verhindert und deren Vernarbung hintangehalten wird.

Hinsichtlich der Schleimhäute liegen die Verhältnisse anders. Dort sind die Gewebe durch eine deckende Schranke geschützt, nämlich durch das Epithel, aber nach dem oben Ausgeführten vermögen die Gonococcen diese Schranke zu überwinden, welcher Art auch immer das Epithel sei, ob Zylinder- oder Pflasterepithel, und das Bummsche Gesetz, demzufolge das Pflasterepithel unangreifbar sei, hat sich als ungenau herausgestellt.

Laval hat im Jahre 1896 einen sehr sorgsam beobachteten Fall mitgeteilt. Ein Soldat stellt sich bei der Visite mit Brennen und lebhaften Schmerzen im Unterteil der Eichel vor. Er leidet an einer Phimose, die für gewöhnlich nicht reponierbar ist und unter der man nach Zurückstreifung der Vorhaut eine Ulzeration wahrnimmt, die sich von der Eichelfurche her ausgebreitet hatte. Dieser Patient hatte seit Monaten kein Weib berührt. Alle möglichen Behandlungsmethoden wurden mit ihm vorgenommen, aber auch nach 60 Tagen sah man noch keine wesentliche Besserung eintreten. Man neigte nun allmählich der Vermutung zu, daß der Patient mit einer goutte militaire, auf die er hinzuweisen unterlassen hatte, behaftet sei, und gab der Idee Raum, daß zwischen dem Harnröhrenausfluß und der Ulzeration eine Beziehung unbekannter Natur bestehen müsse. So kam man auf den Gedanken, ihn mit Kaliumpermanganat zu behandeln, worauf auch außerordentlich schnelle Heilung eintrat. Dabei muß man in Betracht ziehen, daß in diesem Falle die Schleimhaut, die unter der Phimose verdeckt lag, eine ganz besondere Empfänglichkeit zeigte.

Weiter ist ein dritter Lokalisationspunkt für gonorrhoische Ulzerationen an der Eichel der Umkreis an der Basis dieses Organes, die Corona glandis.

Es handelt sich dabei um die von Audry und Mazoyer unter der Bezeichnung der ulzerosen Tysonitis beschriebene Krankheitsform, wobei sich der Sitz der gonorrhoischen Infektion in diesen Drüsen befindet. Man wird sich ja erinnern, daß wir in einem der vorhergehenden Abschnitte über abweichende Tripperformen gerade diese Drüsen bei den anormalen Lokalisationspunkten der Gonorrhöe erwähnt haben. Ihre Infiltration führt zur Entstehung von roten Knötchen, die isoliert stehen oder auch nahe beieinander und die schon in Kürze zur Bildung ulzeröser Erosionen führen können.

Bei Frauen sind gonorrhoische Ulzerationen an der Vulva in der Praxis wiederholt auftretende Erscheinungen und wenn man sie so lange Zeit verkannt hat, so geschah dies, weil man eben nicht nach ihnen Umschau hielt, wie es ja stets der Fall ist, wenn es an der Schulidee fehlt.

An dieser Stelle sind übrigens die Bedingungen für die Entwicklung von Ulzerationen äußerst günstig. Ist doch die Vulva sozusagen ein Kreuzweg, wo Mikroorganismen sich gern aufhalten, und ein Wandelgang für solche Krankheitserreger, die von anderen Teilen des Genitalapparates herstammen. Auch der Gonococcus befällt gerne die Gewebe dieser Körpergegend, die nicht selten mazeriert, gereizt, gerötet und ihres Epithels beraubt sind. Daher sieht man auch im Verlauf akuter Gonorrhöen und mehr noch chronischer vielgestaltige Schädigungen durch Erosionen platzgreifen, die unregelmäßig begrenzt und sehr wechselnd sind in ihrer Form und in ihrem Sitz. Und tatsächlich können sie ihren Sitz am Meatus haben, an der Oberfläche der Bartholinischen Drüsen, an der hinteren Kommissur, am Rande des Anus und an der Oberfläche der kleinen Vulvafollikel, wo man sie nicht mit den Sängerschen Maculae verwechseln darf, die sich sehr oft als rote Pünktchen um die Öffnungen der Bartholinischen Drüsen auf der Innenfläche der kleinen Labien gruppieren, besonders bei Frauen, die früher einen Tripper durchgemacht haben. Solche gonorrhoischen Ulzerationen, die gewöhnlich in Begleitung eines kalten, nicht entzündlichen peripheren Ödems auftreten, sind gerade in den letzten Jahren von Verchère und Druelle beschrieben worden. Auch ich habe deren eine ganze Anzahl zu sehen bekommen. Eine der ersten, von der ich einen Wachsabdruck machen ließ, hatte ihren Sitz an der linken kleinen Schamlippe; es war eine flache, torpide Ulzeration von dunkelgelblicher Färbung.

Bei einer anderen meiner Patientinnen saßen zwei symmetrische Erosionen an der Innenfläche der beiden kleinen Schamlippen vor den Bartholinischen Drüsen, nach rechts sich verlängernd und spaltend, nach links hin abgerundet. Man fand Gonococcen auf diesen beiden Ulzerationen, deren Dauer eine außerordentlich lange war.

Thalmann, ein Assistent von Professor Lesser, hat gleichfalls unzweifelhafte Beobachtungen gonorrhoischer Ulzerationen veröffentlicht.

In einem ersten Falle handelte es sich um eine Frau mit einem Geschwür an der hinteren Kommissur der Vulva, das einem weichen Schanker ähnlich sah, wo sich aber anstatt des Ducreyschen Bazillus Gonococcen nachweisen ließen, mit denen auch die Lymphräume angefüllt waren. Diese Substanzverluste machten nur sehr langsame Heilungsfortschritte und zeigten eine serpiginöse Tendenz. Ein ander-

mal sah Thalmann bei der nämlichen Frau auf der Innenfläche der einen großen Schamlippe ein Ulcus auftreten, das dieselben Eigenschaften wie die vorhergegangenen aufwies.

Salomon, Blaschkos Assistent, hat folgenden Fall, der besonders klar ist, veröffentlicht. Ein junges, 20jähriges Dienstmädchen, das mit außerordentlich reichlichem Ausfluß aus Gebärmutter und Harnröhre behaftet war, der sehr viele Gonococcen enthielt, hatte zwei Ulzerationen, die eine am Rande der rechten kleinen Schamlippe, die andere, von 3 Zentimeter Länge, auf der kleinen Schamlippe der entgegengesetzten Seite, gerade der ersteren gegenüber gelegen.

Diese Ulzerationen waren tief, stark zerklüftet und an den Rändern verhärtet. Der Geschwürsgrund war mit einem rahmartigen, schmierigen, dunkelschwarzen Belage bedeckt, in welchem sich außerordentlich reichlich Gonococcen fanden, während andere Mikroben fehlten und auch Streptococcen nicht vorhanden waren.

Wir haben also hier eine lange Reihe von Tatsachen, die zwar nicht so sehr zahlreich sind, aber doch beweisend genug, um einen Zweifel nicht mehr aufkommen zu lassen und um das Vorkommen von gonorrhoischen Ulzerationen als sicher gelten zu lassen.

Diese Erkrankung kann sich naturgemäß auch auf den Gebärmutterhals ausbreiten, eine Form, von der Gaston und Baudoin mehrere Fälle gesehen haben.

Dann gibt es schließlich noch eine weitere Lokalisation, mit der ich mich ganz besonders befaßt habe, nämlich die gonorrhoischen Ulzerationen des Mastdarmes, die vielleicht die am häufigsten auftretenden sind.

Als ich oben die ano-rektale Gonorrhöe besprach, habe ich so eingeschnittene Schrammen beschrieben, mit ihren fissurierten Formen, und habe noch darauf hingewiesen, daß sie mit den Kondylomen, auf denen sie besonders gern ihren Sitz haben, und mit dem Ausfluß aus dem After eine charakteristische Trias bilden für die ano-rektale Gonorrhöe. Und gerade diese blutenden Fissuren waren es, die mir sozusagen den Weg wiesen und mich vor die Frage stellten, ob nicht an anderen Stellen ähnliche Ulzerationen auch auftreten könnten.

In anderen Fällen kann die Mastdarmschleimhaut, geradeso wie die Eichelschleimhaut bei der Balanitis, exkoriiert sein.

Hier wie dort, sagt Tuttle, der Gelegenheit hatte, mehrere Fälle von gonorrhoischen Ulzerationen zu beobachten, sieht man exkoriierte und tatsächlich ulzerierte Plaques.

Diese Erkrankung am Mastdarm hat, worauf ich auch bei der Abhandlung der ano-rektalen Gonorrhöe hingewiesen habe, einen sehr langwierigen Verlauf.

Schließlich können Gonococcen auch mit der Haut in Kontakt kommen und dort auf eigene Faust weiterleben. So hat man Pyodermatitis, Follikulitis und Ecthyma gonorrhoicum beschrieben.

Häufig kann man auch auf der Haut, im Umkreise gonorrhoischer Herde, zerstreute oder zusammenstehende Eiterpunkte wahrnehmen, wobei es sich meist um eine Niederlassung von Mikroben als Sekundärinfektion handelt. Zuweilen kann es sich indes um wirkliche Gonococceninfektion handeln. Im allgemeinen aber bewirkt der Gonococcus unter gewöhnlichen Bedingungen, wenn die Haut intakt ist, keine Pyodermatitis und eine Inokulation findet nur statt, wenn irgendeine Schädigung bereits vorhanden war.

Baudoin und Gaston sahen einen jungen Mann mit Tripper, der auf der Innenfläche der Oberschenkel einen ganzen Kranz von Pyodermatitiden hatte, wobei man in einigen kleinen Partien derselben auch Gonococcen fand.

Dieselben Forscher haben einen Fall bekanntgegeben, bei einem noch recht jungen Mädchen, wo sich auf der Schamgegend eine Ansiedlung von Gonococcen fand, deren ineinanderfließende Infiltrate einen tatsächlich sykosisartigen Anblick darboten und die sich um die Vulva ganz herum ausgebreitet hatten. Auch hier fanden sich Gonococcen in der Mehrzahl der kleinen Stellen vor. Endlich in einem 1903 von Meyer veröffentlichten Falle handelte es sich um ein unleugbares gonorrhoisches Panaritium, das eine Köchin hatte, die sich, tripperkrank, beim Reinigen ihrer Kasserollen am Finger verletzt hatte. Kurze Zeit danach sah sie eine große Blase entstehen und an diese sich anschließend ein oberflächliches Panaritium, dessen Eiter Gonococcen enthielt.

Bei all diesen soeben betrachteten Fällen fand eine Gonococcenüberimpfung auf direktem Wege statt. Aber gonorrhoische Ulzerationen vermögen sich auch durch verwickeltere Vorgänge auszubreiten und können zum Beispiel die Folgeerscheinungen von Bubonen sein oder von Abszessen, die durch Überimpfung auf dem Blut- oder auf dem Lymphwege entstanden sind. Da handelt es sich dann um gonorrhoische Ulzerationen infolge der Resorption von Gonococcen.

Gravagna, Assistent an der Lucaschen Klinik in Catania, sah bei einer tripperkranken Frau mehrere Knoten an der Vulva auftreten, die die Größe von Haselnüssen erreichten. Er inzidierte sie und untersuchte den ausfließenden Eiter, in dem er auch isolierte Gonococcen fand. Dieser Ausschlag also bestand aus lymphatischen Abszessen, die sich durch spontane Eröffnung auch in Ulzerationen hätten umwandeln können, deren Heilung indes schon vorher, dank eines beschleunigten Eingriffes eingetreten war.

Ein Patient Thalmanns konsultierte diesen wegen eines Leistenbubos, der bereits halb geöffnet war. Dieser Bubo ward inzidiert und man sah auf seinem Grunde eine ulzeröse Erscheinung und bald darauf die Bildung eines wirklichen Schankers. Die gewöhnlichen therapeutischen Maßnahmen ließen dabei im Stich und die Läsionen nahmen einen serpiginösen Verlauf von beträchtlicher Zeitdauer. Und heilen kann man diese Krankheit tatsächlich nur durch ganz energische Kauterisation und durch Exzision aller Exkavationen in der Wunde, wo eben alles mit Gonococcen vollgepfropft ist.

Almquist hat 1900 eine schwere, durch Gonococcen hervorgerufene Fußphlegmone beobachtet und verschiedene andere Autoren haben ähnliche Fälle von entfernter auftretenden Abszessen angeführt.

Durch ihre im allgemeinen außerordentlich lange Dauer bedeuten diese Ulzerationen schon an und für sich ernste Nebenerkrankungen der Gonorrhöe, die aber auch noch verschiedene Komplikationen besonders erschweren können. Infiltrate und Ödem gehen sehr oft mit den Ulzerationen Hand in Hand und führen zu einer mehr oder minder starken Schwellung der betroffenen Körpergegend. Beim Manne nimmt die aufgeschwollene Eichel an Größe zu und bei der Frau sind die großen Schamlippen ödematös vergrößert. Die Hautdecken sind auch nicht selten der Sitz einer schmerzhaften Schwellung infolge des Eindringens der Gonococcen in die Lymphwege. Auch Lymphgefäßentzündungen am Stamme können auftreten und zu Drüsenentzündungen führen.

In einem im Jahre 1900 veröffentlichten Falle sahen Gaston und Baudoin bei einem 18jährigen Mädchen auf den dunkelrot hervortretenden Streifen einer Lymphgefäßentzündung Knoten entstehen, die mit Hirsekörnchen Ähnlichkeit zeigten und Gonococcen enthielten.

Endlich hat man auch als eine recht schwere, aber auch seltenere Komplikation einige Fälle von Ulcera gesehen, die einen phagadänischen oder serpiginösen Charakter trugen.

Diese Erkrankungen spielen sich zwar alle lokal ab, ohne daß aber immer das Allgemeinbefinden dabei unberührt bleibt. Bei zahlreichen Beobachtungen sieht man die Ulzerationen mit Temperatursteigerungen einhergehen und mit hektischem Fieber, das bis auf 38·5 gehen und den Gesundheitszustand der Person durch seine lange Dauer erschüttern kann.

Die Nebenerkrankungen, die wir gerade betrachtet haben, gehören alle zu demselben Krankheitsprozeß und stellen nur abweichende Formen der Entwicklung gonorrhoischer Ulzerationen dar, aber es können dabei auch noch Erscheinungen sekundärer Prozesse auftreten, die sich zu der ursprünglichen Krankheit hinzugesellen.

In gleicher Weise wie Rollet den Chancre mixte in Form von gemeinsamem Auftreten von syphilitischer und weicher Schankerinfektion beschrieben hat, kann sich auch zu einem gonorrhoischen Ulcus eine syphilitische Erkrankung hinzugesellen oder auch eine Infektion mit dem Ducreyschen Bazillus.

Ich habe als erster die Aufmerksamkeit auf dieses gemeinsame Auftreten und auf diese bisher unbekannten Formen von Chancre mixte gelenkt.

Schanker in der Mischform von Tripper und weichem Schanker kommen vor und ich habe mit Monet zusammen einen unwiderlegbaren Fall beobachtet. Wir haben auch an der Oberfläche des Schankers die beiden charakteristischen Mikrobenformen feststellen können.

Es könnten auch ebensogut gonorrhoisch-syphilitische Schanker auftreten oder gonorrhoische Ulcera in Verbindung mit primären, sekundären oder tertiären Erscheinungen, ja das Vorkommen ähnlicher Erscheinungen ist sogar recht wahrscheinlich, aber vorläufig noch rein hypothetisch, da bisher noch kein diesbezüglicher Fall bekannt geworden ist. Aber schon die Möglichkeit solcher sekundärer Infektion ist nichtsdestoweniger für gonorrhoische Ulzerationen ein erschwerender Faktor, auf den hinzuweisen man nicht unterlassen darf, denn solch ein Ulcus bedeutet stets einen Locus minoris resistentiae, einen wahren Herausforderungsgrund für alle möglichen Infektionen.

Die Voraussage der gonorrhoischen Ulcera ist, ohne sehr bedenklich zu sein, doch immerhin eine ernste auf Grund ihrer langen Dauer und der möglichen Komplikationen, im besonderen wegen des Fiebers, der Lymphgefäßentzündungen und des Phagadänischwerdens, das schließlich sogar zu Verstümmelungen führen kann.

In dem Thalmannschen Falle widerstanden die Ulzerationen der hinteren Vulvakommissur länger als drei Monate trotz vorgenommenen Kurettements energisch der Behandlung mit dem Thermokauter. Schließlich zerstörten sie die kleinen Labien, zernagten den Analrand, breiteten sich bis auf die Eingeweide aus und ließen zwei Vulvovaginalfisteln zurück.

Beim Manne sah Santos Medina im Jahre 1901 eine Harnröhrenstriktur sich an einen so gearteten Schanker anschließen.

Somit sind wir nun vertraut mit den Eigenschaften der gonorrhoischen Ulcera und haben nunmehr zu untersuchen, wie es mit dem pathogenen Prozeß steht, wir lassen also dem Studium der klinischen das der anatomischen Entwicklung folgen. Einen Schlüssel für diese Frage bietet uns die Anordnung der Gewebe selbst, die der Sitz eines Substanzverlustes sind. Die Schleimhäute, die so geneigt sind, Gonococcen aufzunehmen, sind mit einem oberflächlichen, subepithelialen Netzwerk

von Lymphkanälchen ausgestattet, derart, daß ihre verschiedenen Lagen, die von ganz besonderer Feinheit sind, sich mit allergrößter Leichtigkeit infiltrieren können. Ist nun der Gonococcus mit seinen Verbündeten hier eingedrungen, so sind sie dem Schicksal der Ausscheidung geweiht.

Der Mikroorganismus kann aber dieses Netzgeflecht nur befallen, wenn Haut oder Schleimhaut vorher schon irgendwelche Schädigung erlitten hat. Um es dem Gonococcus recht bequem zu machen, muß die Schicht, wo die Malpighischen Zellen lagern, bloßgelegt sein. Erst dann stößt er auf eine Epithelschicht, die dem Harnröhrenepithel ähnelt, und dort erst kann er gedeihen.

Wir haben ja auch dem Punkte schon unsere Beachtung geschenkt, daß die lokalen Bedingungen eben nur zu günstige sind, um die erforderliche Schädigung hervorzubringen. Wir haben ferner darauf hingewiesen, wie der gonorrhoische Eiter wirken kann und wie durch seinen Kontakt zuerst eine Reizung, schließlich eine nekrotisierende Mazeration bedingt wird. In anderen Fällen werden durch Kratzen die oberflächlichen Epithelschichten an irgendeinem Punkte zerstört, womit dem Eindringen der Gonococcen Tür und Tor geöffnet wird.

Sind dies aber nun auch wirklich die entscheidenden Ursachen für die Ulzerationen? Auf den gereizten Stellen in der Nachbarschaft der Ulzerationen findet man beschädigte Leukocyten mit vertieften Vakuolen, ferner Mikroben, unter diesen fast stets Staphylococcen und Gonococcen. Auf der Geschwürsfläche selbst findet man bisweilen an der Oberfläche der Läsion einen dunkelschwarzen Belag und man erkennt im Mikroskop, daß diese Substanz Gonococcen in beträchtlicher Anzahl enthält, wobei es den Anschein hat, als bildeten die Mikroben einen förmlichen Kuchen, der die Ulzeration bedeckt. Entnimmt man mit dem scharfen Löffel von einem serpiginösen Ulcus ein bißchen von der Oberfläche zur mikroskopischen Untersuchung, so sieht man auch in diesem Schabeprodukt noch Gonococcen. Ebenfalls zeigt die histologische Untersuchung der tiefer liegenden Gewebe diese Infiltration mit den Mikroben. Diese verschiedenartigen Tatsachen dürften einen hinreichenden Schluß zulassen und deutlich dartun, daß man einzig dem Gonococcus die Entstehung gonorrhoischer Ulzerationen zuzuschreiben hat. Auch der Staphylococcus kann zweifellos einen ulzerativen Prozeß veranlassen, aber ein solches Ereignis gehört immerhin zu den Seltenheiten.

Diese Hartnäckigkeit des Neisserschen Mikroorganismus in gonorrhoischen Ulzerationen führt uns dazu, wieder einen Schritt zurück zu tun, um zu zeigen, daß, wenn seine Kenntnis auch eine neue ist, man ihn doch flüchtig schon gesehen hatte, bevor er endgültig nachgewiesen war. Manche Tatsachen ließen auf sein Vorhandensein

schließen, aber sie wurden im Augenblick ihres Erscheinens mangelhaft gedeutet.

So bestätigte Professor Campana-Rom im Augenblick, als der Ducreysche Bazillus entdeckt war, dessen spezifische Eigenschaften und stellte, indem er seine Ansicht auf Beobachtungen stützte, die Behauptung auf, daß weiche Schanker durch den fortgesetzten Kontakt mit dem Eiter alter Gonorrhöen hervorgerufen würden. Da haben wir also klipp und klar die Pathogenese unserer gonorrhoischen Ulcera und es ist auch wahrscheinlich, daß sich mehrere Fälle davon unter den aus Campanas Beobachtungen finden.

Später veröffentlichte Mazzarini, ein Schüler Campanas, fünf Beobachtungen von Kranken, bei denen er denselben Mikroben in der Harnröhre und auf den Geschwüren an der Vorhaut nachgewiesen hatte.

Ebenso hatte Frank Lyston ein oberflächliches, überimpfbares Geschwür gonorrhoischer Herkunft an der Eichel gesehen.

Auch Zeißl erwähnt inokulierbare Geschwüre, die in naher Beziehung zur Gonorrhöe stehen.

Die Diagnose gonorrhoischer Ulzerationen ist durchaus nicht so einfach. Es handelt sich eben um eine Krankheitsform, die noch wenig bekannt ist und deren klinische Eigenschaften noch nicht so fest umgrenzt sind. Daher darf man nur mit aller Reserve diejenigen Beobachtungen gelten lassen, die seit einiger Zeit der Öffentlichkeit übergeben wurden, ohne daß überhaupt eine ernsthafte bakteriologische Kontrolle stattgefunden hatte. Wahrscheinlich ist es, daß manche dieser Ulzerationen ihr Entstehen dem Staphylococcus verdanken.

Der Nachweis von Gonococcen ist durchaus unerläßlich, um den Begriff eines gonorrhoischen Ulcus gelten zu lassen, und es ist durchaus nicht immer so leicht, den Neisserschen Mikroben festzustellen. Die einfache direkte Untersuchung kann zu schweren Irrtümern führen, denn es existieren Pseudo-Gonococcen, die den echten Gonococcen zum Verwechseln ähnlich sehen, die aber doch sehr abweichend in ihren Eigenarten sind. Bei dieser Gelegenheit fällt mir der Fall eines jungen Mannes ein, der an einer goutte militaire laborierte. Sein Ausfluß ward in bestimmten Zeiträumen von einem Apotheker untersucht, der trotz ausgezeichneter Behandlung jedesmal wieder Gonococcen fand. Da wollte es ein Zufall, daß man seinen Morgentropfen einer bakteriologischen Untersuchung unterzog, die Gramsche Färbereaktion wurde ausgeführt und es stellte sich heraus, daß man in Wirklichkeit nur mit Pseudo-Gonococcen zu schaffen hatte. Man hat also nur nach Gramscher Prüfung und durch Kulturen die Möglichkeit, das sichere Vorhandensein einer gonorrhoischen Ulzeration festzustellen.

Eine Differentialdiagnose käme mit dem syphilitischen Schanker in Betracht, wobei aber der Harnröhrenausfluß keine so reichliche Eiterabsonderung aufweist wie das gonorrhoische Ulcus. Der syphilitische Schanker stellt eine abgegrenzte Erosion dar mit den für ihn charakteristischen Lymphdrüsen, ferner kommt die dem syphilitischen Schanker vorangehende Inkubationszeit in Betracht, während andererseits der Harnröhrenausfluß, der bei gonorrhoischen Ulzerationen auftritt, mit für die Stellung der Diagnose von Vorteil sein kann.

Auch der gewöhnliche Schanker sondert wie das gonorrhoische Ulcus Eiter auf einer einfachen Grundfläche ab, aber er ist an seiner großen einheitlichen Knotenbildung zu erkennen, an seiner Inkubationsperiode und dem Fehlen des sonst mitbestehenden Harnröhrenausflusses. Seine Selbstinokulation und die Anwesenheit des Ducreyschen Bazillus würden die Frage dann noch weiter klären.

Des weiteren ist auch die Diagnose mit Herpes nicht so leicht, wir besitzen eben keine genaueren Merkmale, und ich bin daher derselben Ansicht wie Barthelémy, daß wir nur zu geneigt sind, viele gonorrhoische Ulcera mit Herpesformen zu verwechseln.

Die Behandlung gonorrhoischer Ulzerationen hat sich nicht allein auf die gonorrhoische Läsion zu richten, sondern auch auf deren Ursache. Als erste Indikation ist deshalb die zu erfüllen, den Ausfluß durch die gewöhnlichen Maßnahmen zu beseitigen. Das Ulcus selbst kann man mit örtlichen Bädern und mit Salbenläppchen behandeln, ferner mit Argentumwaschungen oder mit solchen von Chlorzink oder auch von Kaliumpermanganat. Scharfer Löffel und Thermokauter sollen in hartnäckigen Fällen gleichfalls zur Verwendung gelangen. Bei gonorrhoischen ulzerierten Bubonen käme die Auskratzung der Wunde und die Entfernung aller Exkavationen in Frage.

Literaturverzeichnis.

Frank Lydston, The evol. of the local venereal diseases. *Giorn. it. d. Mal. ven. e. d. Pelle* 1892, p. 306.

Leloir, Erosion blennorr. chancriforme. *J. d. M. cut. et syph.* 1895.

Campana, Uret. cro. e. ulc. sempl. *Acad. med. d. Roma,* 2 juin 1895, et *Ann. de Derm.* p. 1158, 1895.

Jullien, Note s. l'ulc. blenn. Intern. Congress of Derm. *Off. Transac.* 1896, p. 764, et *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1897, p. 749.

Laval, Ulc. phagédenique gonoc. *Journ. d. Praticiens,* 19 déc. 1896.

Mazzarino. L'ulc. semplice contag. e. l'uretr. cronica. *Clinica dermosif d. R. Univers. di Roma.* 1897, p. 59, et *Ann. de Derm. et Syph.* 1897, p. 949.

Gastou, Pyodermites gonocciques. *Bull. Soc. Derm.* 1900, p. 205.
Baudouin et Gastou, Pyoderm. eczématiq. et uretro-vaginites. *Bull. Soc. Derm.* 1901, p. 104.
Santos Médina, Un caso clinico de obstrucion uretral par tejido cicatricial de orig. chancro-blenn. cist. purul. consec. *Rev. Espanol. de Sif.* juin 1901.
Guelliot, Suppuration à gonocoques d'une plaie de cure rad. de hernie, chez un blenn. *Ann. d. mal. d. org. génito-ur.* 1902, p. 469.
Tousaint, Deferentite phlegmonneuse blenn. au cours d'une cure rad. hernie, *cité p. Guelliot.*
Gravagna, Ascessi gon. multipli. *Giorn. it. d. M. ven. et d. P.* 1902, p. 37.
Audry et Mazoyer, Ulc. blenn. tysonique. *Bull. Soc. Derm.* 1903, p. 27.
Salomon, Über Hautgeschwüre gonorrhoischer Natur. *Münch. med. Woch.* 1903, p. 376, et *Ann. Derm.* 1904, p. 286.
Meyer, Über Panaritium gonorr. *Fortschr. d. Med.* Dez. 1903, Nr. 15, u. *Presse méd.* 1903, p. 569.
Vörner, Zur Ätiologie und Anat. des Erosio portionis vaginalis. *Monatsh. f. Geburtsh. und Gynäk.* 1903, t. 17.
Druelle, Ulc. blenn. de la vulve. *Arch. de méd.* 1904, et *Presse méd.* id. p. 550.
Thalmann, Das ulcus gonorrhoicum serpiginosum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* t. LXXI, p. 75, et *J. d. Mal. cut. et syph.* 1904, p. 793.

Sechstes Kapitel.

Tödlich verlaufende Trippererkrankungen.

In den vorhergehenden Kapiteln hatte ich mehrfach Gelegenheit, beiläufig auf Gonorrhöefälle hinzuweisen, deren Ausgang ein tödlicher sein kann. Jetzt nun ist der Zeitpunkt gekommen, solche Fälle, die zum Tode führen, zusammenzufassen und sie irgendwo unterzuordnen, um sich genauere Rechenschaft von der Häufigkeit derselben geben und um den Platz besser bestimmen zu können, den man diesem in der Geschichte des Trippers für dessen Prognose so ungemein wichtigen Faktor anzuweisen hat.

Eine diesbezügliche Studie bietet nicht allein ein wissenschaftliches Interesse, sondern es handelt sich um eine wirkliche soziale Interessenfrage, die wir da zu prüfen haben, denn man kann nie zu viel an gewisse Tatsachen erinnern, nie zu viel bestimmte Kenntnisse verbreiten. Wir werden es uns nicht verdrießen lassen, zu predigen, der Tripper kann eine verhängnisvolle Erkrankung werden und man muß davor erzittern, wenn man die ungeheuer große Anzahl derer bedenkt, die sich täglich, mehr oder minder bewußt, der Möglichkeit aussetzen, ihm zum Opfer zu fallen.

Nein, wir haben es da wirklich mit keiner gleichgültigen Erkrankung zu tun, ernste Fälle sind zahlreich und ähnliche Tatsachen haben sogar einigen Scharfmachern zum Vorwand gedient, ein viel zu düsteres Bild des Trippers zu zeichnen. Manche Autoren sind sogar so weit gegangen, zu behaupten, daß der Tripper weit ernster aufzufassen sei als die Syphilis. Das ist natürlich eine offenbare Übertreibung, aber, genau ausgedrückt, kann man doch behaupten, daß es gewisse Ausflußformen gibt, die viel ernster liegen als manche Syphilisfälle. Der weiche Schanker ist unbestreitbar die gutartigste unter den venerischen Erkrankungen, aber auch sie kann sich mit Phagadänie komplizieren. Sollte dies etwa einen Grund abgeben, den syphilitischen Schanker vorzuziehen?

Mein Zweck ist der, auf tatsächliche Gefahren von seiten des Trippers die Aufmerksamkeit zu lenken, nicht aber Tripperfurcht zu verbreiten.

Ich bin mir überdies auch wohl bewußt, daß ich mich nur an Ärzte wende und daß meine Worte das sogenannte große Publikum nicht erreichen werden. Läge die Sache eben nicht so, so wäre es meine Pflicht, mich mit kluger Vorsicht auszudrücken und ein ganz klein wenig die Wahrheit zu bemänteln, denn es gibt eben Dinge, die man Laien nur schwer beizubringen vermag. Wer aber könnte all das Unheil schildern, das bereits angerichtet worden ist, all die Befürchtungen, die im Publikum hervorgerufen worden sind durch den Widerhall, den gewisse Diskussionen über die Identität der Syphilis mit einem unheilbaren und unverhütbaren Leiden in der Tagespresse gefunden haben.

Lernen wir doch, uns auf der goldenen Mittelstraße zu halten. Denn ebenso wie manche Autoren die Voraussage des Trippers über Gebühr trübe hinstellen, so laden andere wieder das entgegengesetzte, aber darum nicht weniger schwere Unrecht auf sich, ihn als eine viel zu harmlose Erkrankung hinzustellen.

Und so haben sie gerade zur Verbreitung der allgemeinen Ansicht beigetragen, der Ansicht, wie sie in der großen Welt daheim ist, nämlich von dem einfachen Schnupfen, von dem Attest für die Mannbarkeit, von der Behandlung mit Geringschätzung, dieser Ansicht, die zur Ursache so vieler schwerer Leiden geworden ist.

Ich könnte noch eine ganze Reihe von Angaben machen, um darzutun, wie sehr man vor ganz kurzer Zeit noch den Tripper als eine Spielerei ansah. Indes hatten zur selben Zeit auch einige mehr klinisch gebildete Geister, einige nicht alltägliche Beobachter das Rechte erkannt und suchten sich gegen die allzu optimistische Richtung aufzulehnen. Rollet zum Beispiel läßt sich in dem Artikel über Tripper im Dictionnaire encyclopédique folgendermaßen aus: „Der Tripper darf weder im akuten noch im chronischen Stadium auf die leichte Schulter genommen werden. Hat die Entzündung erst einmal die tiefer gelegenen Harnröhrenpartien ergriffen, so sind Nebenerkrankungen viel eher zu befürchten. Unter diesen Komplikationen kommen auch solche vor, die zum Tode führen können."

Auch ich selbst habe stets gegen die leichtfertige Auffassung mancher Autoren bezüglich der Tripperprognose protestiert und ich bleibe bei dem Schlusse stehen, den ich in der ersten Auflage meines „Traité des maladies vénériennes" zum Ausdruck gebracht hatte: „Der Tripper an sich ist keine schwere Erkrankung, aber seine Prognose kann sich recht trübe gestalten durch seine Komplikationen und Nacherkrankungen."

Es leuchtet ohne Frage ein, daß in den tödlichen Fällen, welche man beobachtet hat, der Ausfluß nicht die unmittelbare Ursache

gewesen ist, aber er ist eben die Anfangserscheinung, das primum movens einer Reihe von Störungen, die zu einem verhängnisvollen Ausgang führen können.

Und so hat man wirklich zufällige Todesfälle gesehen, deren bloße Gelegenheitsursache der Tripper gewesen ist. So stürzte in einer Beobachtung Lorraines ein junges Mädchen plötzlich infolge Hemmung nieder in dem Augenblick, als man ihr die erste Injektion verabfolgte. Nach Favre machte ein junger Mensch, der eine starke Tripperphimose hatte, allerlei Anstrengungen, durch Ziehen die Eichel frei zu bekommen. Damit brachte er sich eine Paraphimose bei, die zum Ausgangspunkt eines superakuten Tetanus wurde, dem der Kranke binnen 24 Stunden erlag. Es handelte sich nämlich um einen Knecht aus einem Stalle, wo sieben Jahre zuvor ein Pferd an Tetanus krepiert war.

Ebensogut darf man den Gonococcen jenen Selbstmord zur Last legen, den ich in meinem Buche „La Blennorrhagie et le Mariage“*) erwähnt habe. Er betrifft einen jungen Mann, der sich an seinem Hochzeitsmorgen eine Kugel in den Kopf schoß, weil er das Wiedererscheinen eines seit einiger Zeit bereits verschwunden gewesenen Morgentropfens bemerkt hatte.

Das sind natürlich Ausnahmefälle und gewöhnlich sind die Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung von Tripper und Todesfällen weit weniger indirekte.

In einer ersten sehr wichtigen Gruppe von Tatsachen handelt es sich um Fälle, wo der Tod auf die Verbreitung des örtlich sich ausdehnenden gonorrhoischen Prozesses zurückzuführen ist oder, um mich noch exakter auszudrücken, von gonorrhoischen Prozessen, denn ist auch der Gonococcus im Anfang die Ursache, so sind es am Ende doch stets Streptococcen und Staphylococcen, mit anderen Worten, die Erscheinungen können wohl infektiöser Natur sein, ohne jedoch von Gonococcen auszugehen, während es aber immer wieder nur der Neissersche Mikroorganismus bleibt, der diese sekundären Infektionen hervorruft.

Bei diesen auf die Ausbreitung des Krankheitsprozesses zurückzuführenden Schädigungen ist eine der schwersten und wichtigsten die Peritonitis. Sie kommt im wesentlichen bei Frauen zur Beobachtung, aber auch Männer sind ihr in gleicher Weise ausgesetzt.

So kann sich beispielsweise eine Peritonitis als Folgeerkrankung an eine Orchitis, wie dies als erster Hunter betont hat, anschließen. In meinem „Traité des maladies vénériennes“ schrieb ich vor 20 Jahren schon gelegentlich dieser konsekutiven Peritonitiden nach Orchitis: „Wir

*) „Tripper und Ehe.“ Deutsch von Dr. Hopf, Dresden. Paris 1898, J.-B. Baillière et fils.

dürfen auch nicht vergessen, daß Todesfälle von Peter, Godard und Gayraud bekanntgegeben sind."

Im allgemeinen dürften besondere anatomische Veranlagungen notwendig sein, um beim Manne eine solche Ausbreitung auf das Peritoneum zu ermöglichen, wie beispielsweise Offenbleiben des vaginoperitonealen Ganges oder Kryptorchismus, also Anomalien, die zwischen Hoden und Bauchfell viel innigere Verbindungen herstellen müssen, als sie normalerweise bestehen.

Als berühmtes Beispiel darf ich hier wohl den Fall eines sehr bekannten Biologen anführen, der im Jahre 1873 an einer Bauchfellentzündung dieses Ursprunges starb.

In anderen Fällen hat man den Tod auch nach eitrigen Prostatitiden eintreten sehen. Der Prostataabszeß kann sich diffus ausbreiten, er kann sich in das retroprostatische Gewebe eröffnen, die Serosa erreichen und der Kranke kann ebenfalls einer Bauchfellentzündung erliegen. Einen derartigen Fall hat Campana gesehen und Guyon sogar deren drei, die zum Tode führten.

Ein Prostataabszeß kann aber auch zur Todesursache werden, ohne daß dabei eine Peritonitis auftritt. In einer Beobachtung Hektons starb der Kranke ganz plötzlich. Es hatte nämlich eine Thrombophlebitis die Gefäße des Plexus prostaticus um den Abszeß herum ergriffen und eine Embolie hervorgerufen. Pittmann hat einen Fall berichtet, wo die eitrige Prostatitis nicht erkannt wurde und der Patient unter Fieberersqheinungen starb, deren Ursache die Sektion erst aufklärte.

Alles in allem treten indes beim Manne solche Todesfälle infolge von Erscheinungen ausgebreiteter Gonorrhöe immerhin selten auf. Bei der Frau dagegen gehören derartige Beobachtungen zu den alltäglichen und machen daher bei ihnen die Voraussage des Trippers ganz besonders besorgniserregend. Und in der Tat, stellen denn nicht die gonorrhoischen Peritonitiden die wichtigste Quelle dar, aus der die gynäkologischen Stationen ihr Material rekrutieren? Die Fälle von Pyosalpinx, die zu Peritonitis führen, sind zahllos und ziehen nur zu oft den Tod nach sich.

Unter den zahlreichen Autoren, die die Aufmerksamkeit auf diese Dinge gelenkt haben, wollen wir nur diejenigen besonders anführen, die diese Tatsachen ins rechte Licht gerückt haben.

Im Jahre 1899 teilte Thiroloix die Beobachtung eines Mädchens aus Lourcine mit, die binnen 24 Stunden an superakuter Peritonitis starb. Die erkrankte Tube hatte sich bei ihr in das Bauchfell abgeknickt und dort zu so stürmischen Erscheinungen geführt.

v. Leyden teilte im Jahre 1889 einen Fall von Peritonitis mit, wo unter Fieber und Aszites der Tod außerordentlich schnell eintrat.

Im nämlichen Jahre sah Muscatello eine seiner Kranken, die er operiert hatte, an gonorrhoischer Peritonitis genau so zugrunde gehen.

Neuerdings haben Chaput und Lejars Beobachtungen über Pyosalpinxrupturen veröffentlicht, die gonorrhoischen Ursprungs waren und tödlich endeten.

Ferner gehören hieher noch zwei recht typische Fälle, die Koßmann im Jahre 1900 in einer Münchener Zeitschrift mitteilte.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Kranke, die lange Zeit schon über ihren Leib klagte und deren Schmerzen sich im Laufe von vier Tagen ganz außerordentlich steigerten, besonders die linke Seite betrafen und jegliche Arbeit unmöglich machten. Bei der Untersuchung fand sich der Uterus prolabiert, eine Erosion am äußeren Muttermunde und eine beiderseitige Entzündung der Adnexe mit einem linksseitigen gänseeigroßen salpingo-ovariellen Tumor. Die Patientin wurde laparotomiert, das linke Ovarium entfernt, das rechte bis tief hinein kauterisiert, ebenso die Erosion des Muttermundes. Die Tube blieb darin, weil sich kein Eiter aus ihrem abdominalen Ostium entleerte. Nach vier Tagen reichlicher schmerzloser Stuhl, aber eine Temperatursteigerung auf 39, am sechsten Tage lebhafte Schmerzen im Hypogastrium rechts und in der Thoraxpartie derselben Seite, am siebenten Tage ist die Temperatur bereits auf 40·6, der Bauch ist allerorten schmerzhaft und teigig geschwollen und am zehnten Tage stirbt die Kranke.

Bei der Sektion fand sich in der Bauchhöhle eine große Menge mayonnaiseartigen Eiters, dagegen kein Meteorismus und keine Verklebung von Darmschlingen. Die bakteriologische Untersuchung zeigte in diesem Eiter das Vorhandensein isolierter Gonococcen, bei geringem Fibringehalt und geringem Gehalt an weißen Blutkörperchen, die aber mit Gonococcen vollgepfropft waren. Es handelte sich also zweifellos um eine infektiöse diffuse Peritonitis.

Der zweite Fall betraf eine 49jährige Frau, die ausgesprochene Anzeichen von hämorrhagischer Endometritis, von Salpingitis und Pelveoperitonitis darbot. Die Ovarien und Tuben wurden entfernt und boten keine andere krankhafte Veränderung dar als eine erhebliche Gefäßvermehrung. Nach vier Tagen stieg die Temperatur auf 40, während eine linksseitige Parotitis auftrat. Am elften Tage erneute Temperatursteigerung bis auf 41·4, dabei Iritis und heftige Panophthalmie. Am 13. Tage ging die Temperatur nach Inzision der Parotitis auf 37 herunter. Bis dahin hatte sich irgendeine Reaktion vom Abdomen aus nicht bemerkbar gemacht. Am 14. Tage jedoch stieg die Temperatur wieder an, der Bauch ward schmerzempfindlich auf Druck, ohne daß Meteorismus bestand, die Kranke verfiel in Koma und starb am 17. Tage. Bei der Sektion fand sich eine lokalisierte Peritonitis in der Umgebung

der rechtsseitigen Adnexe, deren Eiter eine gallertige Konsistenz hatte und in dem sich Gonococcen fanden, während sich im Auge nur Streptococcen nachweisen ließen. Die Bauchfellentzündung, die die Kranke dahingerafft hatte, war also die Folge eines alten, von Gonococcen hervorgerufenen Krankheitsprozesses und die beiderseitige Lokalisation der krankhaften Veränderungen ist ein Beweis dafür, wie außerordentlich leicht solch ein Eindringen von Gonococcen zustande kommt.

Auf meiner Station im Krankenhause Saint-Lazare hatte ich selbst einen gleichliegenden Fall zu beklagen. Ein junges Mädchen wird mit multiplen gonorrhoischen Lokalherden aufgenommen, worunter sich auch eine Salpingitis befindet. Man hatte schon eine Operation bei der Kranken in Aussicht genommen, als ihr Zustand sich ganz plötzlich erheblich verschlimmerte. Eine Temperatursteigerung trat ein mit Dyspnoe und krepitierendem Rasseln und inmitten dieser Symptome trat der Tod ein.

Ich habe mich in einem der vorhergehenden Kapitel ausführlich mit der gonorrhoischen Bauchfellentzündung bei kleinen Mädchen beschäftigt und durfte feststellen, daß ihre Voraussage meist eine gutartige ist, daß sie fast regelmäßig in Heilung ausgehen. Indes gibt es auch Ausnahmen von dieser Regel. So hat Bajinski und mehrere andere kleine Mädchen an dieser Komplikation, die dort gleichfalls auf lokale Ausbreitung des infektiösen Prozesses zurückzuführen waren, zugrunde gehen sehen. Bei erwachsenen Frauen sind derartige Ausbreitungen als Folgeerscheinung einer Entbindung sehr häufig. Der Tripper bei schwangeren Frauen ist außerordentlich hartnäckig, man darf sogar sagen, daß er nicht selten überhaupt unheilbar ist. Und das haben wir bei unseren Kranken im Hospital nur zu oft festzustellen Gelegenheit, und zwar recht deutliche Gelegenheit, da wir leider sogar gezwungen sind, diese, weit früher als wir es wohl gewünscht hätten, auf die Entbindungsstation zurückzusenden.

Daher fehlen uns persönliche Erfahrungen über den Einfluß, den der Gonococcus auf das Wochenbett auszuüben vermag. Indes füllt eine Doktorarbeit von Frühinsholz aus Nancy diese Lücke teilweise aus. Dieser Autor hat sechs verheiratete tripperkranke Frauen während ihrer Schwangerschaft beobachtet, deren Erscheinungen trotz eifrig fortgesetzter Behandlung weiterbestanden, was ja, wie ich bereits andeutete, auch die Regel ist. Alle diese Frauen gingen nach der Entbindung an Bauchfellentzündung zugrunde. Zalidès, Harris, Dalney, Hofmeier, Schröder, Steinbuchel, Burr und noch manche andere haben sich mit den Beziehungen zwischen Tripper und Schwangerschaft beschäftigt.

Ich darf wohl an den vorher bereits angeführten Fall jenes Offiziers erinnern, der an einem Morgentropfen laborierte und sich dazu Glück wünschte, seine Frau, die kurz zuvor gestorben war, nicht auch noch angesteckt zu haben, und doch war diese zweifellos einer Bauchfellentzündung nach der ersten Entbindung erlegen.

Nach meiner Ansicht indes ist die Voraussage bei weitem nicht immer eine so trübe.

Bis hierher waren alle von mir besprochenen Erkrankungen rein örtliche und dem Tode, der ihnen folgte, waren zweifellose Allgemeinerscheinungen vorangegangen, die aber doch nur den Ausdruck einer von einem begrenzten Herde ausgehenden Reaktion bedeuteten.

Wenden wir uns nun einer zweiten Gruppe von Tatsachen zu, für deren Verständnis der Leser genügend gerüstet sein dürfte, wenn er sich meiner ersten Ausführungen erinnert, wo ich den modernen Standpunkt in der Tripperfrage dargelegt habe und wo ich den Nachweis erbrachte, daß die Infektion mit Gonococcen nicht immer eine örtliche zu sein braucht, daß sie ebenso gut zur Allgemeinerkrankung werden könne. Von da an habe ich auch erst von der Möglichkeit tödlichen Ausganges gesprochen durch Septikämie und Pyämie.

Die Doktorarbeit von Minghopoulo, deren wiederholte Lektüre ich nur empfehlen kann, hat eine große Anzahl von derartigen Tatsachen zusammengefaßt und die verschiedenen Vorgänge, auf Grund deren der Tripper zum Tode führen kann, in verschiedene Klassen eingeteilt, denn diese Vorgänge sind wechselnd und nicht immer ist der Gonococcus die direkte Ursache. Oft auch ist es schwer zu sagen, ob der Patient ein Opfer einer Infektion mit Gonococcen, Streptococcen oder Staphylococcen geworden ist, mit anderen Worten, der Generalisation einer primären oder sekundären Infektion. So gab ich auch in meinen ersten Ausführungen meine Zweifel, den Fall eines meiner Freunde betreffend, zu erkennen, der an einer Osteomyelitis im Verlaufe einer Gonorrhöe verstorben war.

Recht zahlreich sind die über gonorrhoische Septikämie veröffentlichten Arbeiten und wir wollen nur die anführen von Patoir 1893, de Boyx, Combemale, Finger 1896, de Brewer, Budwig, Howkins, Méjia, Vannoti, Robinson 1897, de Ahmann, Rendu und Hallé 1898.

Die Mikroorganismen können sich im Laufe dieser Erkrankungen, sind sie erst einmal in die Blutbahn gelangt, auf mancherlei Geweben festsetzen und zu verschiedenen klinischen Krankheitsformen Anlaß geben. Das Endokard ist in dieser Hinsicht ein Prädilektionsorgan und die gonorrhoische Endokarditis ist heute auf Grund sehr sorgfältiger Beobachtungen völlig außer Frage gestellt: Im Jahre 1878 kam ein Patient von Desnos in die Pitié wegen einer gewöhnlichen akuten Bronchitis.

Dieser Kranke, der außerdem noch an Tripperausfluß litt, fühlte eines schönen Tages einen intensiven Schmerz im Sternoklavikulargelenk. Bald traten Dyspnoe und Palpitationen auf und bei Auskultation des Herzens deutliche Anzeichen von Blasen- und Wirbelgeräuschen, die auf eine Verengerung der Mitralis mit Insuffizienz hindeuteten, während die gesamten Erscheinungen unter Fieber verliefen. Dieser Zustand verschlimmerte sich zusehends und führte zur Asystolie und schließlich zum Tode. (Union médicale 1878.)

Martin sah im Jahre 1892 bei einem Tripperkranken Arthropathien auftreten, Endokarditis, Pleuro-Pneumonie, Prostatitis, Hämaturie, Zystitis und Vesikulitis, Komplikationen der verschiedensten Form, die zum Tode führten. (Revue médicale de la Suisse normande 1882.)

His berichtet ebenfalls über zwei Fälle, den einen aus eigener Beobachtung, den anderen aus den Journalen seines Krankenhauses.

Der erste betrifft einen 19jährigen Mann, bei dem man folgenden Verlauf beobachtete. Im Februar Tripper, im März Ohnmachtsanfall, dem nach kurzer Zeit ein dunkelroter Ausschlag folgte, im April Fieber, systolisches Geräusch, Tod.

Der zweite Fall, der von 1879 datiert, bot eine Aneinanderreihung ähnlicher Erscheinungen dar. Im März Tripper, dann Ellenbogenentzündung mit darauffolgendem Fieber und unter zunehmender Kachexie trat der Tod im August ein.

Im Jahre 1893 behandelte Heyden einen 22jährigen Schneider, der der Reihe nach folgende Erscheinungen darbot, und zwar in der Zeit von April bis Juni: Nebenhoden- und Kniegelenksentzündung, schwere Allgemeinsymptome und Tod. Bei der Sektion fanden sich die Aortenklappen zerstört.

Genau im selben Jahre erlag ein 28jähriger Patient von Golz einer gonorrhoischen Arthritis, die sich mit Endokarditis kompliziert hatte. In den Herzklappen fanden sich Gonococcen vor.

Vinterberg berichtete im Jahre 1894 einen Fall von Tripper mit Gelenksentzündungen, mit ulzeröser Endokarditis und Tod.

Michaelis fand 1896 Ulzerationen auf den Aortenklappen im Verein mit richtigen warzigen Wucherungen daselbst.

Keller sah im Jahre 1896 einen Tripperpatienten sterben infolge von Arthritiden, von Endokarditis und Perikarditis. Dabei war das Endokard mit Wärzchen bedeckt, die Pulmonalklappen ulzeriert und Streptococcen nachweisbar.

Weiter, noch immer im nämlichen Jahre, verzeichnen Thayer und Blumer im John Hopkins Hospital einen Todesfall bei einem 34jährigen Gonorrhoiker, dessen Endokard Ulzerationen aufwies.

Seitdem ist die Statistik unablässig und alljährlich durch neue Beobachtungen bereichert worden.

Im Jahre 1897 fand Leenhartz bei einer 19jährigen Frau auf den Herzklappen hahnenkammartige Gebilde und ebenso beobachtete Rénon eine vegetative Endokartitis. Siegherm verlor binnen 14 Tagen einen Patienten an ulzeröser gonorrhoischer Endokarditis und Douber und Boret fanden in einem anderen Falle von ulzeröser Endokarditis bei einem Tripperkranken keine Gonococcen, jedoch Streptococcen. Auch den äußerst interessanten Fall von Finger, Gon und Schlagendhaufer wollen wir noch anführen. Diese machten auf die Harnröhre eines Moribunden eine positive Überimpfung mit Gonococcen, die vom Herzen eines 19jährigen Mannes stammten, der an Endokarditis der Aortenklappen zugrunde gegangen war.

Im Jahre 1898 sahen Rendu und Hallé einen Tripperpatienten nach schweren Allgemeinerscheinungen sterben, wobei die Sektion gleichfalls ulzeröse Endokarditis ergab.

Im Jahre 1901 stoßen wir weiter auf die Beobachtung Wassermanns, wo der Tod in wenigen Stunden eintrat, stets an Endokarditis, und auf zwei andere Fälle eines Anonymus.

Bei einem Kranken Neissers endete 1902 eine Gonorrhöe in zwei Wochen mit dem Tode, wobei Milzinfarkte sich vorfanden.

Im Jahre 1904 starb ein Patient von Krause an Endoperikarditis, vergesellschaftet mit Pleuropneumonie.

Ich persönlich habe bei meinen Tripperpatienten niemals Todesfälle an Endokarditis beobachten können, aber ich habe mit meinem Assistenten Sibut den Fall einer Frau veröffentlicht, die mit vollkommen gesundem Herzen auf meine Station aufgenommen wurde und die dieselbe mit einem außerordentlich intensiven blasenden Geräusch verließ, das heißt mit anderen Worten, die Kranke hatte eine schwere Endokarditis, der sie unglücklichenfalls doch früher oder später erliegen mußte.

Alles in allem also sind örtliche gonorrhoische Erkrankungen am Herzen, wenn auch selten, so doch immerhin nicht bloße pathologische Merkwürdigkeiten, denn fraglos läßt ihr Vorkommen sich nachweisen und sie stellen ein ungleich schwerwiegenderes Element dar, als daß man es bei der Voraussage dieser Erkrankungen übersehen dürfte.

Das Herz bleibt aber auch nicht das einzige Organ, das von der Gonorrhöe ergriffen werden kann. Wenn auch seltener, so sind doch auch die Komplikationen nicht minder gefährlich, die ihren Ursprung in der Schädigung der Nerven durch diese Infektion haben.

Am genauesten gekannt sind die Komplikationen am Rückenmark. So hat man verschiedentlich diffuse dorso-lumbale Myelitiden auf gonorrhoischer Grundlage beobachtet.

Stanley sah im Jahre 1833, Gull 1856 eine Paraplegie im Verlaufe von Gonorrhöe und beide schrieben auch schon zu jener Zeit diese Erkrankungen einer Rückwirkung auf das Rückenmark zu. Auch Ricord und Pidoux teilten Erkrankungen an Paraplegie mit, ließen jedoch die Frage des Vorkommens infektiöser Myelitiden noch offen. Bonnel dagegen behauptete 1877 die Möglichkeit eines Zusammenhanges von Zerebralstörungen mit Tripperrheumatismus.

Im Jahre 1889 veröffentlichte Dufour in seiner Doktorarbeit eine der klarsten hierher gehörigen Beobachtungen. Ein Patient ward in der dritten Woche seiner Trippererkrankung von Rückenmarkssymptomen ergriffen, die ganz akut auftraten und sich rapid entwickelten. Charakterisiert waren sie durch Schmerzen in der Lumbalregion und in den Gliedern, durch Harnverhaltung, durch Krämpfe und epileptiformes Zittern und schließlich noch durch Sensibilitätsstörungen. Der Tod trat dann inmitten von Erscheinungen allgemeiner Infektion ein.

Seit dieser Zeit sind solche tödlichen Nebenerkrankungen, die man nach und nach besser kennen gelernt hatte, nicht selten mitgeteilt worden. Ein Patient Stanleys starb ganz plötzlich, im selben Augenblick, als er sein Bett wieder aufsuchen wollte. Beraldini und Lamas sahen bei einem Tripperkranken eine aszendierende Landrysche Paralyse, die bei akutem Verlauf tödlich endete.

Im Jahre 1893 beobachtete v. Leyden eine tödliche gonorrhoische Myelitis.

Auf der Station von Barré komplizierte sich im Jahre 1894 eine Gonorrhöe mit Meningo-Myelitis, bei totaler Harnverhaltung und Dekubitus am Os sacrum. Die bakteriologische Untersuchung ergab, daß die Infektion auf Diplococcen und Staphylococcen zurückzuführen war.

In einem anderen Falle von Boinet vom Jahre 1899 traten Gelenkerkrankungen und spinale Erscheinungen auf, die zum Tode führten.

Schließlich vermochte Gueldre im Jahre 1901 seine Diagnose auch durch die Sektion zu bestätigen.

Fernerhin ist ein tödlicher Ausgang bei einigen der selten bekannt gewordenen Beobachtungen von gonorrhoischer Meningitis mitgeteilt worden.

Gas aus Genua gibt im Jahre 1895 folgende Zusammenstellung: Gonorrhöe, kompliziert mit Pyelonephritis und Pachymeningitis, Fall von Fürbringer vom Jahre 1896: akute tödliche Meningitis cerebrospinalis, Fall von Danlos vom Jahre 1900: Harnverhaltung, Blasenruptur,

tödliche Meningitis, Fall von Debray vom Jahre 1901: Gonorrhöe, Rheumatismus, Pneumonie, Meningitis, Tod.

Ich will hier die Aufzählung der mannigfachen Wege abbrechen, die die Gonococcen einschlagen können, um die Kranken, die ihnen mit beklagenswerter Sorglosigkeit einen Unterschlupf gewähren, in die traurigste Lage zu bringen.

Und dabei habe ich noch nicht einmal alles gesagt. Ich habe vielmehr nur die Fälle ins Auge gefaßt, wo es sich gewissermaßen um die direkten Folgeerscheinungen der Gonorrhöe handelt, der aber noch weit mehr Todesfälle zur Last fallen, die als Fernwirkung mancher Komplikationen eintreten können, nämlich da, wo die Infektion mit Gonococcen nicht die eigentliche Ursache, wohl aber das ursprüngliche Moment darstellt.

Sich mit dieser Frage zu befassen, würde uns allzuweit in die Pathologie des Genitourinalapparates hineinführen. Mir soll es genug sein, daran zu erinnern, wie viele Todesfälle auf das Konto von Harnröhrenstrikturen zu setzen sind, ferner an die schweren Erkrankungen, denen in allen Fällen solche Kranken ausgesetzt sind, die dabei selbst die allernotwendigste Behandlung außer acht lassen. So kenne ich einen der hervorragendsten und meistbeschäftigten Ärzte, der nur in der Lage ist, Urin zu lassen, wenn er zu Stuhl geht, weil es ihm an Zeit gebricht, seine Striktur behandeln zu lassen, und kein Mensch dürfte wohl vermuten, daß diese so köstliche Frucht den nagenden Wurm selbst in ihrem Innern birgt.

Den Salpingitiden der akuten Periode, die wir bereits besprochen haben, müssen wir auch noch alle entfernteren Adnexentzündungen anfügen, die sich im Gefolge der Gonorrhöe einstellen können und die in der Ehe so viele verheiratete Frauen, die vordem wohlauf waren, zu gebrechlichen Menschen machen.

Ebensowenig habe ich mich eingehender mit der eitrigen Ophthalmie befaßt, die ein Sonderkapitel in der Geschichte der Gonorrhöe bedeutet. Wenn die Krankheit auch gemeinhin das Leben nicht bedroht, so habe ich doch einen Patienten das Krankenhaus aufsuchen sehen, der daselbst eine eitrige Ophthalmie beider Augen akquirierte und nach langem Leiden im kachektischen Zustande zugrunde ging.

Ich glaube, um zum Schlusse zu kommen, daß ich mehr denn reichlich durch alle möglichen Tatsachen nachgewiesen habe, daß die Gonorrhöe sehr vielgestaltige Beziehungen zum Tode haben kann. Ihre Opfer sind zahlreich, ihr übles Walten nur zu wenig bekannt. Gerade hierin hat sie ungerechterweise Vorteil gezogen aus ihrer Schwester, der Syphilis. Die Aufmerksamkeit des Publikums nimmt man zur Be-

kämpfung der Syphilis gefangen, aber angesichts des Trippers legt man gemächlich die Hände in den Schoß.

Mit dieser Gleichgültigkeit geht es so weit, daß in der „Société de Prophylaxie sanitaire et morale" bei der Abfassung von Beschlüssen gegen die Geschlechtskrankheiten einer der Vizepräsidenten dem Tripper klar und deutlich eine Ausnahmestellung anweisen wollte. Ja, die Kliniker mußten solcher Lächerlichkeit nahezu als Widersacher entgegentreten, um gegen eine so wenig berechtigte Ausschließung Einspruch zu erheben. Jetzt nun ist man doch schon so weit gelangt, in der Öffentlichkeit das Wort „Tripper" weniger laut auszusprechen als das „Syphilis", ja, noch mehr, es gab sogar Leute, die eine Umtaufe in die Bezeichnung Neisserose vollzogen wissen wollten, was aber nur dazu beitragen könnte, die Unwissenheit noch zu vermehren und die Verwirrung noch zu vergrößern.

Ja, würde es sich nur darum handeln, diesem großen Gelehrten eine Ehrung zu erweisen, diesem ausgezeichneten Manne, wie Neisser einer ist, so würde gerade ich der allererste sein, der einen solchen Vorschlag mit Begeisterung unterschriebe. Das Wort „Tripper" aber ist durch den Brauch eingebürgert, daher muß man an ihm festhalten, und zwar so, daß man es frank und frei aussprechen darf.

Als ich im Jahre 1897 mein Buch „Blennorrhagie et Mariage" herausbrachte, hatte ich den Wunsch, daß das Publikum einige Dinge von Allgemeininteresse kennen lernte, und so wollte ich die Anzeige des Buches in verschiedenen großen Zeitungen erscheinen lassen. Keine jedoch verstand sich dazu, einen Buchtitel aufzunehmen, der zu jener Zeit noch die Empfindlichkeit der Leser hätte verletzen können. Heute, glaube ich, seit wir Bahn gebrochen haben, sieht es nicht mehr ganz so schlimm aus, aber es bleibt doch immer noch reichlich zu tun übrig, und ich will mich glücklich schätzen, wenn ich für meine Person durch meine Ausführungen hier zu einem solchen Fortschritt beitragen durfte.

Literaturverzeichnis.

Thiroloix, Périt. suraig. mort. au cours d'une double pyosalp. *France méd.* 1889, p. 139.

Hecton, Prostatite supp. Endoc. et pyohémie mortelle. *Rev. sc. méd.* 1893, p. 618.

His, Complic. cardiaques de la blenn. *Ann. de Dermat.* 1893, p. 218.

Zeißl, Périt. gonoc. mort. chez l'homme. *Ann. des mal. des org. gén.,* juillet 1893, p. 431.

Barrier, Méningo-myél. et gonn. *Th. Paris* 1894.

Chaput, Péritonite blenn. Laparot. Mort. *Soc. anat.,* mars 1894, p. 246.

Councilmann, Myoc. blenn. Mort. *Revue des Sc. méd.* 1894, p. 617.

Heyder, Endoc. blenn. mort. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1894, p. 183.

Brouardel, Mort subite de la blenn. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1895, p. 566.
Genova, Pyélonéphr. blenn. Pachyméning. purul. gonocc. *Giorn. ital. d. mal. ven.* 1895, p. 307.
Bajinski, Uretro-vaginite gonocc. Péritonite diff. mortelle. *Sem. méd.* 1896, p. 116.
Boyd, Septicémie conséc. à la gon. *Boston Med. Journ.* 27 février 1896.
Burr, Vaginite aig. blenn. mortelle. *Journ. of the American med. Association,* août 1896, cité par *Fruhinsholz,* p. 60, 1896.
Combemale, Un cas de pyohémie blennorr. *Méd. mod.* 1896, p. 432.
Fürbringer, Méning. cérébr.-spin. mort. et gonorr. aiguë. *Méd. mod.* 1896, p. 461.
Hawkins, Mort p. rhum. blenn. *Méd. mod.* 1896, p. 407.
Leyden, Myél. blenn. mort. Autopsie. *Ann. de Dermat.* 1896, p. 93.
Michaelis, Blenn., rhumat. blenn. infection génér. mortelle. *Méd. mod.* 1896, p. 250.
Mursell, Parotidite supp. suite de blenn. *British Med. Journ.,* fév. 1896.
Thayer et Blumer, Mort p. endocardite ulcér. gonoc. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1896, p. 784.
Danlos et Borst, Mort p. endoc. maligne au stade term. d'une blenn. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1897, p. 705.
Siegheim, Endoc. ulc. Mort. *Méd. mod.* 1897, p. 229.
Vannoti, S. la pyémie par gonoc. *Méd. mod.* 1897, p. 55.
Ahmann, Inf. génér. blenn. *Ann. de Dermat.* 1898, p. 295.
Rendu et Hallé, Mort par endoc. blenn. *Ann. de Dermat.* 1898, p. 188.
Rendu et Hallé, Inf. gonocc. génér. endoc. Mort. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1898, p. 398.
Boinet, Manif. artic. et spinales d'orig. blenn. Mort. *Gaz. d. Hôp.,* 16 mai 1899, p. 512.
Leyden, Périt. gonocc. ascite avec fièvre. Mort. *Sem. méd.* 1899, p. 414.
Muscatello, Périt. gonoc. diff. Laparot. inutile. Mort. *Policlinico,* 15 août 1899.
Danlos, Blenn. rétent. d'ur. méningite. *Bull. Soc. Méd. Hôp.* 1900, No. 5.
Doléris, Inf. blenn. mort. chez f. enceinte de 6 mois. *Soc. d'obst. de gyn. et de péd. de Paris,* juin 1900.
Koßmann, Zwei Todesfälle infolge von Gon. *Münchener med. Wochenschr.* 1900.
Bd., Deux cas de mort par endocardite blenn. *Ann. d. mal. d. org. gen.-ur.* 1901, p. 179.
Debray, Blenn. rhum. pneum. et méningite. Mort. *Journ. des mal. cut. et syph.,* p. 179, 1901.
Gueldre, de et Sano, Myélite d'orig. blenn. suivie d'autopsie. *Sem. méd.,* p. 71, 1901.
Lertigau, Endocardite blenn. mort. *Ann. de Dermat.* 1901, p, 827.
Favre, Paraphim. ulcéreux suivi de tétanos foudroy. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1902, p. 46.
Frühinsholz, De la blenn. d. ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. *Th. Nancy* 1902 (Paris, J.-B. Baillière).
Neisser, Endoc. blenn. mortelle. *Ann. de Dermat.* 1902, p. 959.
Ricaldoni et Lamas, Paral. asc. de Landry aiguë mortelle, suite de blenn. *Arch. gén. de méd.,* 3 fév. 1903, p. 257.
Lejars, Perfor. de pyosalp. blenn. *Soc. d'obst. et de gyn.,* fév. 1905.

Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Buchhändler der Kaiserl. Akademie der Wissenschaften **in Wien.**
I., Rotenturmstraße 13.

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Hofrat Prof. Dr. **Franz Mračeк** unter Mitwirkung zahlreicher berufener Fachgelehrter. Lexikon-Oktav. 4 Bände. Mit zahlreichen Abbildungen und Tafeln in Farbendruck.
Bisher sind erschienen:
I. Band: Mit 104 Abbildungen und 2 Tafeln in Farbendruck. K 30.— = M. 25.—. In elegantem Halbfranzband K 33.— = M. 27.50
II. Band: Mit 20 Abbildungen im Texte und 7 Tafeln in Farbendruck. K 32.— = M. 26.50. In elegantem Halbfranzband K 35.— = M. 29.—
III. Band: Mit 51 Abbildungen im Texte und 1 Tafel in Farbendruck. K 26.40 = M. 23.—. In elegantem Halbfranzband K 29.40 = M. 25.50
IV. Band, I. Hälfte: Mit 1 Abbildung im Texte und 14 Tafeln. K 25.— = M. 21.—. In elegantem Halbfranzband K 28.— = M. 23.50
Die II. Hälfte des IV. Bandes erscheint im Herbst 1907.

Medizinische Handbibliothek.

Herausgegeben unter Mitwirkung zahlreicher berufener Fachgelehrter von Dr. **Friedrich Luithlen,** Privatdozent an der Universität Wien.
Bisher sind erschienen:
Bd. I: **Therapie der Hautkrankheiten.** Von Priv.-Doz. Dr. Friedr. Luithlen. Preis: geb. K 3.50 = M. 3.—
Bd. II: **Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Zirkulationsapparates.** Von Dr. Max Kahane. Preis: geb. K 6.80 = M. 6.—
Bd. III: **Therapie der Augenkrankheiten.** Von Priv.-Doz. Dr. Viktor Hanke. Preis: geb. K 3.60 = M. 3.20
Bd. IV: **Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin.** Von Prof. Dr. R. Kretz. Preis: geb. K 2.80 = M. 2.40
Bd. V: **Therapie der Ohrenkrankheiten.** Von Priv.-Doz. Dr. V. Hammerschlag. Mit 29 Abbildungen. Preis: geb. K 3.80 = M. 3.40
Bd. VI: **Die mikroskopische Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik.** Von Dr. R. Ledermann. Mit 24 Abbildungen im Texte und 5 Tafeln in Farbendruck. Preis: geb. K 5.— = M. 4.40
Bd. VII: **Therapie der Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** Von Dr. Adalbert Heindl. Preis: geb. K 3.60 = M. 3.20
Bd. VIII: **Therapie der Magenkrankheiten.** Von Dr. Max Kahane. Preis: geb. K 3.20 = M. 2.80
Bd. IX: **Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.** Von Priv.-Doz. Dr. Ludwig Mann. Preis: geb. K 3.20 = M. 2.80
Bd. X: **Therapie im Säuglingsalter.** Von Primarius Dr. Gustav Riether. Preis: geb. K 2.80 = M. 2.40
Bd. XI: **Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten.** Von San.-Rat Dr. O. Rosenthal. Preis: geb. K 4.— = M. 3.40
Bd. XII: **Therapie der Darmkrankheiten.** Von Dr. Max Kahane. Preis: geb. K 3.20 = M. 2.80
Bd. XIII: **Stoffwechselkrankheiten.** Von Prof. Dr. Ferd. Blumenthal. Preis: geb. K 2.80 = M. 2.40
Bd. XIV: **Indikationen zu chirurgischen Eingriffen und deren Ausführung in einfachen Fällen.** Von Priv.-Doz. Dr. Karl Ewald. I. Teil. Mit 3 Abbildungen. Preis: geb. K 5.60 = M. 4.20
Bd. XV: Dasselbe. II. Teil. Mit 22 Abbildungen. Preis: geb. K 3.60 = M. 3.20
Bd. XVI: **Chirurgische Diagnostik.** Von Priv.-Doz. Dr. Friedr. v. Friedländer. Preis: geb. K 7.— = M. 6.—

Maßgebend für die Abfassung der einzelnen Arbeiten ist in allererster Linie das Bedürfnis des **praktischen Arztes,** in kurzer, leichtfaßlicher Form auch das Neueste auf dem Gebiete der Therapie sowie einzelner besonderer Disziplinen zu erfahren.

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before the date last stamped below.

Von der

Dr. [illegible]rlin

erscheint im [illegible]

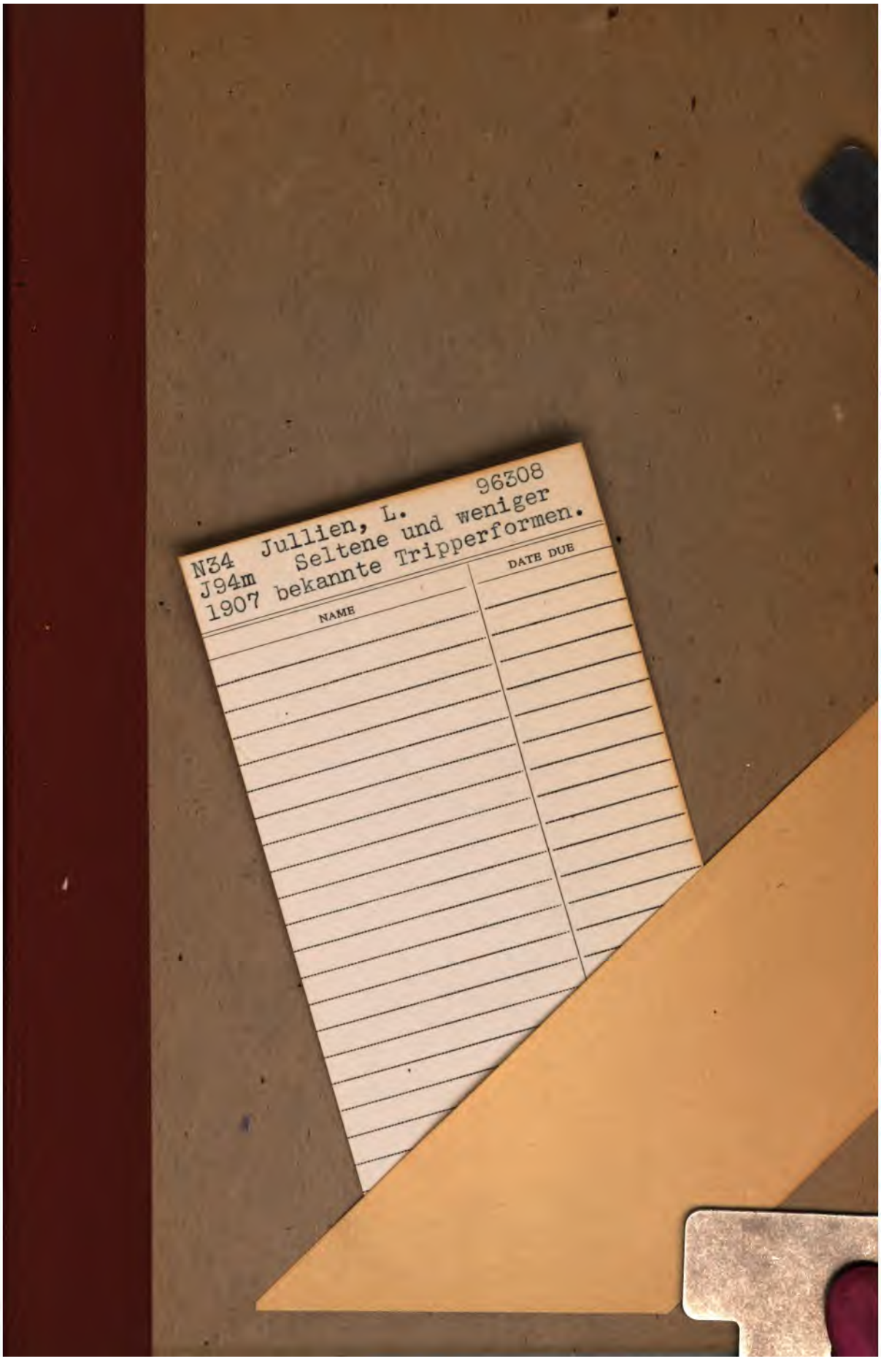
Alfred Hö[illegible] [illegible]. in Wien:

Die k[illegible]ungen [illegible] d[illegible] S

ein kurzes, ab[illegible]thologie, das
für Psychiater [illegible] zur schnellen
und ausgiebig[illegible]lreiche Fälle
und Gutachter[illegible]xperten, wie
A. Leppman [illegible] Wert. Ein
ausführliches [illegible]ierung zu.
Aus der [illegible]es angeführt:

Zur Einführung
Die Physiologie [illegible]exueller Passi-
[illegible]lgophilie und
[illegible]smus.
Die Pathologie [illegible]ller Aktivismus.
(Psychopathia [illegible]ktive Flagello-
sens génési[illegible]
versiläten.)
[illegible]henschändung,
Pathologie der Triebstärke.
Quantitative Anomalien des Geschlechtstriebes.
Hyperaesthesia sexualis.
Sexuelle Paradoxie.
Erotomanie, Paranoia erotica.
Satyriasis, Priapismus.
Nymphomanie.
Hyperaesthesia sexualis.
Anaesthesia sexualis partialis et completa.
Pathologie der Triebart und Triebrichtung.
Sexuelle Perästhesien.
Heterosexuelle Parästhesien, Perversionen und Perversitäten.
1. Sexuelle Gourmandisie. Sexueller Picacismus Eulenburgs.
2. Fetischismus und sexueller Symbolismus.
Anthropophagie.
6. Zoophilie, Zoostuprum und Zoosadismus.
7. Exhibitionismus.
Homosexuelle Anomalien. Konträrsexualität.
Sexuelle Inversion. Homosexualität.
Einleitendes. Historisches.
1. Griechische Liebe, Uranismus, Päderastie.
2. Feminismus, Gynandrie.
3. Sapphismus, Lesbische Liebe, Viraginität.
4. Psychosexuelle Hermaphrodisie.
5. Homosexuelle Perversionen.
Pseudohermaphroditismus.
Masculinus et femininus.
Hermaphroditismus verus. Erreurs de sexe.
Sexuelle Rechtsfragen.
Namen- und Sachregister.

Wilhelm Fischers Buchdruckerei, Wien IX.


N34 Jullien, L. 96308
J94m Seltene und weniger
1907 bekannte Tripperformen.
NAME
DATE DUE